

שילוב מרכזים רפואיים לבריאות הנפש במרכזים רפואיים כלליים

מסקנות מרכזיות של הוועדה בראשות הגב' ענבל ירקוני

30/04/2025 ב' באייר תשפ"ה

מדינת ישראל
משרד הבריאות
Israel Ministry of Health





תוכן עניינים

3-4	דבר יו"ר הוועדה
5-9	עבודת הוועדה
10-11	צעדים משלימים
12-13	רקע כללי
14-15	המצב הקיים בישראל
16	תועלות המהלך
17	הנחות עבודה
18-19	מטרה ועקרונות העל
20	המלצות הוועדה
21-25	המלצות ועדת המשנה בתחום הקליני
26-31	המלצות ועדת המשנה בתחום ההון האנושי
32-33	המלצות ועדת המשנה בתחום התשתיות
34-35	המלצות ועדת המשנה בתחום התפעול והלוגיסטיקה
36-39	המלצות ועדת המשנה בתחום הכלכלי
40-41	שיתוף ציבור מטופלים, בני משפחותיהם ועמותות
42	שיתוף ציבור המטופלים
43-47	שלבי יישום השילוב
48-49	מדדי הצלחה לשילוב
50-51	משימות וצעדים להמשך



דבר היו"ר, הגב' ענבל ירקוני

הבריאות הינה צורך בסיסי הכרחי לאדם, הבריאות הנפשית והגופנית שלובות זו בזו. מערכת בריאות הנפש בישראל היא מערכת חשובה לחוסן הלאומי ומורכבת ממספר זרועות: טיפול בקהילה, שיקום ואשפוז במרכזים רפואיים כלליים ובמרכזים רפואיים לבריאות הנפש.

86% ממיטות האשפוז לבריאות הנפש בישראל הינן במרכזים רפואיים ייעודיים לבריאות הנפש, זאת בהשוואה למדינות ה-OECD בהן ממוצע של 64% בלבד. במדינות רבות בעולם קיים שיעור גבוה יותר של מיטות אשפוז לבריאות הנפש במרכזים רפואיים כלליים זאת נוסף למגמה להעביר עוד ועוד שירותים, וביניהם שירותי אשפוז בבריאות הנפש לקמפוס במרכז הרפואי כללי מאוחד. מגמה זו ממשיכה להתחזק ומבוססת על תפיסת בריאות הנפש כחלק מהרפואה בכלל וכחלק מרכזי בתחום האבחון והטיפול של מחלות הקשורות במוח בפרט.

המגמה בישראל מקבלת משנה תוקף נוכח הצורך ההולך וגובר בהענקת שירותים לבריאות נפש, בייחוד נוכח אירועי השבעה באוקטובר 2023 ומלחמת חרבות ברזל וכן נוכח אתגרי המאה ה-21 המחייבים משאבים וגמישות בפיתוחים טכנולוגיים, מחקר וחדשנות זאת לצד הפחתת הסטיגמות והנגשת השירותים.

לאחר שבוצעה סקירה נרחבת של מגמות בארץ ובעולם, נותחו מגמות ותהליכים בתחום בריאות הנפש וכן עבודת שטח מעמיקה של הוועדה אל מול ההנהלות, המטפלים והמטופלים - חברי הוועדה ממליצים לחתור לשילוב וסינרגיה של האשפוז לבריאות הנפש במרכזים הרפואיים הכלליים. שילוב של שני המרכזים הרפואיים זה בזה לכדי ישות אחת מבחינה ניהולית, תקציבית, תפעולית וכן תשתיתית ובהפעלת ההון האנושי. שילוב על פי הגדרה זו יהיה על פי הכללים, העקרונות והממדים שיוגדרו על ידי משרד הבריאות ומפורטים במסמך זה. שילוב המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש במרכזים הרפואיים הכלליים הוא אמצעי למימוש חזון להענקת טיפול רפואי הוליסטי ואינטגרטיבי, נפשי וגופני, הפחתת סטיגמה עצמית וחברתית וחוויית שירות טובה ושוויונית למטופל ובני משפחתו והזדמנות ליצירת פתרונות אשפוזיים חדשניים, הוליסטים ומותאמים.

הוועדה ממליצה שתהליך זה יהיה לאומי, רוחבי ומובנה, אך שיתנהל באופן הדרגתי ומבוקר באופן שיאפשר מחקר, בחינת השגת המטרות וביצוע התאמות נדרשות ככל שיידרש, טרם הרחבתו לכלל המרכזים ברמה הלאומית כפי שפורט בהחלטת הממשלה בנושא.

בנוסף, הוועדה ממליצה שתהליך זה יחולק למספר שלבים, כאשר השלב הראשון רוחבי ואחיד לכלל המרכזים הרפואיים ועיקר עיסוקו בהבניית כלים ארגוניים מחייבים לצורך אחידות, פישוט וקיצור את תקופת חוסר הוודאות הקיימת בשינויים ארגוניים מורכבים מסוג זה.

על פי המלצת הוועדה, שילוב זה הוא אמצעי למטרה המרכזית של התהליך, כאמור, לשיפור השירות הרפואי למטופל המאושפז בשירותי הרפואה הכלליים והן למטופל המאושפז בבריאות הנפש באופן שיאפשר מענה אינטגרטיבי, נפשי וגופני, תוך שימוש בשירותים וטכנולוגיות מתקדמות חווית שירות טובה ושוויונית למטופל ובני משפחתו ושיפור בסטנדרט תנאי האשפוז.



לתהליך יתרונות רבים נוספים וביניהם מענה הוליסטי ומלא למטופלים הסובלים מתחלואה נפשית וגופנית במקביל, מיתוג ומיצוב של בריאות הנפש באופן שיאפשר הורדת סטיגמה עצמית וחברתית וחוות מטופל טובה יותר, גיוון בתמהיל השירותים הרפואיים, העלאת האטרקטיביות הארגונית ויעילות גבוהה בהכשרת והפעלת הון אנושי, חיזוק המחקר והחדשנות באמצעות טכנולוגיות מתקדמות, פיתוח מערכים ניהוליים, תקציביים, לוגיסטיים ותפעוליים כחלק ממרכז רפואי כללי לו יתרונות משמעותיים לגודל.

סקירה מעמיקה של תהליכים אלה בעולם העלתה שלא קיים תהליך לשילוב מלא מהותית וגיאוגרפית מתועד ונחקר כפי שמתוכנן להתקיים בישראל במסגרתו מתאחדים שני מרכזים רפואיים לכדי ישות אחת, תוך איחוד כלל המערכים ושילוב מלא של הרפואה הגופנית והנפשית ומכאן שאנו מניחים שעבודה זו תהווה פריצת דרך לתהליכים רבים, חשובים ודומים בעולם.

תודות

תודה לשר הבריאות, ח"כ הרב אוריאל בוסו ולמנכ"ל משרד הבריאות, מר משה בר סימן טוב, על מתן עדיפות עליונה למערך בריאות הנפש בתקופה מאתגרת זו ועל מעורבותם האישית בשיפור המערכת.

תודה למנכ"ל משרד הבריאות מר משה בר סימן טוב, על שנתן לי את ההזדמנות להוביל את הנושא, ללמוד ולחקור את התחום ולהוביל לשינוי משמעותי ומכונן לבריאות הנפש בישראל.

תודה לד"ר גלעד בודנהיימר, ראש האגף לבריאות הנפש, על תרומתו הרבה בידע ובניסיון, ועל תמיכתו בגיבוי, במידע, בעצה ובהערות על המסמך.

תודה למנהלי המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש ומנהלי המרכזים הרפואיים הכלליים, חברי הנהלה ולצוותים ששיתפו מידע ושפכו אור על האתגרים בשטח ושלקחו חלק משמעותי בגיבוש התפיסה והתהליך שיפורטו במסמך זה.

תודה לעמותות המשפחות והמטופלים על שיתוף בחוויה ובידע שתרמו רבות לדיוק האתגרים ומטרות המהלך.

הערכתי הרבה לחברי הוועדה שנרתמו למשימה חשובה זו.

ענבל ירקוני

יו"ר הועדה



עבודת הוועדה

בחודש מאי 2024 מינה מנכ"ל משרד הבריאות, מר משה בר סימן טוב, ועדת היגוי לליווי והתווית העקרונות בתהליך לשילוב המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש במרכזים הרפואיים הכלליים, בהובלת הגב' ענבל ירקוני.

מטרות הוועדה כפי שהוגדרו בכתב המינוי היו לגבש המלצות ועקרונות למודל שילוב כללי ולמודלים פרטניים לשילוב כל מרכז רפואי. ועדת ההיגוי תדון בהיבטי כ"א, כלכליים, מערכות מידע, סוגיות תכנוניות, משפטיות ותשתיות. לצורך גיבוש ההמלצות הוועדה תקיים שיח עם נציגי בתי החולים ובעלי תפקיד אחרים בהתאם לעניין, הוועדה תפעל במקביל לתהליכי שילוב שכבר מתקיימים ותקיים ישיבות בתדירות משתנה בהתאם לצרכים העולים מהשטח ותלווה את השלבים השונים עד לסיום תהליכי השילוב.

עבודת הוועדה כללה סדרת פגישות ללמידה וניתוח של המצב הקיים, ראיונות עם גורמים מרכזיים בבתי החולים, עבודות וועדות קודמות בתחום בריאות הנפש, ניתוח תהליכים ומגמות וכן סקירה ולמידה מהקיים בארץ בהשוואה למדינות מתקדמות בעולם, תהליך שיתוף ציבור המטפלים והמטופלים בנושא ודיוק ההמלצות.

חברי הוועדה במינוי מנכ"ל משרד הבריאות (לפי א'-ב')

מר לי-אור אבינעם, יועץ למנכ"ל משרד הבריאות

גב' ליטל אילון, מרכזת הוועדה

רו"ח חסן אסמעיל, חשב המשרד/ רו"ח אתי פיטוסי, חשבת חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש אגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות

מר אבי ברוך, סמנכ"ל משאבי אנוש, המרכז הרפואי שיבא

מר אורי גולדשטיין, סמנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות

פרופ' מיקי דודקביץ, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה

מר חיים הופרט, סמנכ"ל תכנון, תמחור ותקצוב, משרד הבריאות

פרופ' אורלי וויינשטיין, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי החולים, כללית שירותי בריאות

מר עומר יעקובי, כלכלן, אגף תכנון, תמחור ותקצוב, משרד הבריאות

גב' ענבל ירקוני, מנהלת מערך הסיעוד, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

גב' דלית כץ סולברג, מנהלת אדמיניסטרטיבית, המרכז הרפואי מעלה הכרמל

ד"ר אסנת לב ציון קורח, מנהלת המרכז הרפואי שמיר

פרופ' חיליק לבקוביץ, מנהל המרכז הרפואי מרחבים



גב' קרן מקדש, מנהלת מערך כשירות ואיכות בסייעוד, מנהל האחיות, משרד הבריאות

גב' תמר צ'ין, רפרנטית בריאות, אגף תקציבים, משרד אוצר

מר יהודה צוראל, מנהל אגף פיקוח על מערך האשפוז, אגף תכנון, תמחור ותקצוב, משרד הבריאות

ד"ר לורה שרוני, סגנית מנהלת המרכז הרפואי מזור

מר דניאל תור, ראש ענף בריאות, הממונה על השכר, משרד האוצר

במסגרת עבודת הוועדה גובשו צוותים לתתי ועדות שהתמקדו בנושאים ובסוגיות המרכזיות, כאשר כל תת ועדה התבקשה בין היתר להגדיר לוחות זמנים ליישום ומדדי הצלחה בתחומה.

מבנה הוועדה:





- **תת ועדה בתחום הקליני, בראשות ד"ר לורה שרונזי.** להגדרת עקרונות השילוב הקליני, לרבות סטנדרט שילוב הפסיכיאטריה במרכז הרפואי הכללי, מחקר וחדשנות, מבנה ומיקום המחלקות המוצעות.

חברי תת הוועדה: גב' ענבל ירקוני, מנהלת מערך האחיות ובריאות הנפש, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; ד"ר אסנת לב ציון - קורח, מנהלת המרכז הרפואי ע"ש יצחק שמיר; מר סרגיי רסקין, מנהל המחלקה לפסיכיאטריה משפטית, משרד הבריאות; ד"ר אפרת סיטי, סגנית מנהל המרכז הרפואי הלל יפה; פרופ' חיליק לבקוביץ, מנהל המרכז לבריאות הנפש מרחבים; גב' נעמה פרי הכהן, מנהלת אגף בכיר דיגיטל, טכנולוגיות וחדשנות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; מר יהונתן קורץ, מנהל תחום מטה ודיגיטציה, אגף תכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות; ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש אגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות; גב' חוה גואטה, מנהלת מערך האחיות, המרכז לבריאות הנפש מעלה הכרמל; גב' קרן מקדש, מנהלת מערך כשירות ואיכות בסיסית, מנהל האֶחָיוּת, משרד הבריאות; ד"ר דניאל טרופקי, סגן מנהלת המרכז הרפואי שמיר; ד"ר רמי שגיא, ראש אגף רפואה, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; מר פליקס סניטקובסקי, מנהל מחלקת בתי חולים גריאטריים ופסיכיאטריים, האגף למידע ומחשוב, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; ד"ר הדר שלו, מנהל מחלקת פסיכיאטריה, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה; מר יאיר אמזלג, PMO מנהל פרויקטים, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות.

- **תת ועדה בתחום ההון האנושי, בראשות גב' ליטל אילון.** הגדרת עקרונות השילוב בתחום ההון האנושי, מבנה ארגוני, תקינה ותקן, יחסי עבודה, שכר, הדרכה ופיתוח.

חברי תת הוועדה: עו"ד הרולד בר, מנהל אגף שכר ויחסי עבודה, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; מר אבי ברוך, סמנכ"ל הון אנושי, המרכז הרפואי שיבא; מר אורן גולן, מנהל משאבי אנוש, המרכז הרפואי מעלה הכרמל; מר רן זכריה, מנהל מחלקת פרט ושכר, כללית; גב' גלית טמיר, מנהלת משאבי אנוש, המרכז הרפואי לגליל; מר יוני קורץ, אגף תכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות; גב' מיטל קניג, מנהלת תחום הון אנושי, מערכת הבריאות, נציבות שירות המדינה; מר שבי שמל, סמנכ"ל הון אנושי, המרכז הרפואי איכילוב; מר דניאל תור, ראש ענף בריאות, הממונה על השכר, משרד האוצר.

- **תת ועדה בתחום הכלכלי, בראשות מר יהודה צוראל.** הגדרת עקרונות השילוב בתחום הכלכלי, מנגנונים לשמירה על יציבות פיננסית לאורך זמן וכלי רגולציה כלכליים.

חברי תת הוועדה: מר חסן איסמעיל, חשב משרד הבריאות; ד"ר שמעון בורשטיין, סגן מנהל המרכז הרפואי מרחבים; גב' הילה בר ניב, מנהלת מחלקת תקציבים ובקרה, חטיבת בתי החולים, כללית; פרופ' מיקי דודקביץ, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה; מר עומר יעקובי, רפרנט בינוי ופיתוח, אגף תכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות; מר אלי לוי, סמנכ"ל כלכלה ופיתוח, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; מר אילן סופר, סמנכ"ל תקציבים, המרכז הרפואי איכילוב; מר זיו עיני, מנהל אדמיניסטרטיבי, המרכז הרפואי אברבנאל; גב' אתי פיטוסי, חשבת חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; גב' תמר צ'ון, רפרנטית בריאות, אגף תקציבים, משרד האוצר; מר ידידיה שרלו, אגף תכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות.

- **תת ועדה בתחום התפעול והלוגיסטיקה, בראשות ד"ר אמנון בן משה.** הגדרת עקרונות השילוב בתחומים אלה, חיזוק והתייעלות המערכים הלוגיסטיים והתפעוליים.

חברי תת הוועדה: מר רונן בן אור, מנהל אדמיניסטרטיבי, המרכז הרפואי באר שבע; גב' רחלי בן שמעון, מנהלת תחום בכיר רכש ושרשרת אספקה, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; ד"ר שרון חובב, מנהל מחלקת מדיניות ופיתוח לוגיסטי, חטיבת לוגיסטיקה ותשתיות, כללית; מר עומר יעקובי, אגף תכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות; מר אילן יפתח, מנהל אדמיניסטרטיבי, המרכז הרפואי שמיר; מר אייב צוקרמן, מנהל אדמיניסטרטיבי, המרכז הרפואי מזור; מר ידידיה שרלו, מנהל אגף פיקוח על מערך האשפוז, אגף תכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות.

- **תת ועדה בתחום התשתיות, בראשות הגב' דלית כץ סולברג.** להגדרת עקרונות השילוב בתחום התשתיות.

חברי תת הוועדה: מר ניר כספי, מנהל אגף תכנון, מינהל תכנון, משרד הבריאות; מר משה מיוחס, מנהל אדמיניסטרטיבי, המרכז הרפואי לגליל; מר לאוניד מריאכין, מנהל תחום בכיר תשתיות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות; גב' סיגל פרחי, מנהלת תחום תכנון ובניה, מינהל תכנון, משרד הבריאות; מר משה רונן, מנהל תחום פרויקטים - מקרקעין, מינהל תכנון, משרד הבריאות; מר אבי תורג'מן, ראש מערך תכנון, חטיבת לוגיסטיקה ותשתיות, כללית.



בנוסף לעבודת הוועדה התקיימו תהליכים מובנים של שיתוף ציבור:

1. שיתוף ציבור בהשתתפות כ-40 אנשי צוות הנהלה ומטפלים מהסקטורים ומבתי החולים השונים.

2. שיתוף ציבור מטפלים, עמותות של משפחות של מטופלים, בכלל המגזרים.

הוועדה גיבשה את המלצותיה והן מפורטות בהרחבה במסמך זה.



צעדים משלימים

תהליכים שהתקיימו בעת האחרונה או במקביל לעבודת הוועדה ועסקו בנושא:

ועדת מלמד¹ - דו"ח הוועדה בנושא מערכת האשפוז במרכזים לבריאות הנפש בהובלת פרופ' יובל מלמד משנת 2022 עסק באופן פרטני בשילוב מרכזי בריאות הנפש עם בתי החולים הכלליים. הוועדה קבעה שמתוך ראייה עתידית ומקצועית ראוי לחתור לשילובים ומיזוגים של בתי חולים פסיכיאטריים עם בתי חולים כלליים. שילובים אלה על פי הוועדה יניבו תועלות משמעותיות בדמות טיפול רפואי מקצועי, כוללני ומותאם יותר לצרכי המטופל. בנוסף, בתי החולים הכלליים נעים קדימה אל מול אתגרי המאה ה-21 שבתי החולים הפסיכיאטריים לבדם לא יוכלו להדביק פער זה. חיזוק הקשר בין המרכזים הרפואיים הכלליים והפסיכיאטריים ייעשה באמצעות טיפול רפואי משולב וכוללני (מיון משותף, פנימית, נירולוגיה וכו') באופן שיאפשר טיפול מקצועי גופני במטופל הפסיכיאטרי לצד מתן שירותים פסיכיאטרים מקצועיים וזמינים למטופלים במחלקות בית החולים הכללי. בנוסף, הגברת הנגישות, הפחתת הסטיגמה, העלאת שיעור ההסכמה לאשפוז והורדת אשפוזים כפויים.

כנס ים המלח² - במסגרת כנס ים המלח ה-22 בנושא 'בריאות הנפש: המגיפה שאחרי המגיפה' התקיים דיון בנוגע לאינטגרציה בין מערכת בריאות הנפש ומערכת הרפואה הכללית וחשיבות שיתופי הפעולה בין המערכים לקידום בריאות גוף ונפש.

החלטת הממשלה - בשנת 2024 גובשה החלטת ממשלה בנושא 'איחוד המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש עם בתי החולים הכלליים' כך שהטיפול הנפשי והגופני יינתנו באותו בית חולים וכך שהניהול האדמיניסטרטיבי וניהול ההון האנושי של בתי החולים ינוהלו באופן מאוחד על פי אבני הדרך הבאות:

- המרכז הרפואי לבריאות הנפש מעלה הכרמל עם המרכז הרפואי רמב"ם, עד 1 ביוני 2025.
- המרכז הרפואי לבריאות הנפש שער מנשה עם המרכז הרפואי הלל יפה, עד 1 בינואר 2026.
- המרכז הרפואי לבריאות הנפש מרחבים עם המרכז הרפואי שמיר, עד 1 ביוני 2026.
- המרכז הרפואי לבריאות הנפש מזור עם המרכז הרפואי לגליל, עד 1 ביוני 2026.

אפשרויות לאיחוד נוספות כצעד משלים מפורטות גם הן:

- המרכז הקהילתי לבריאות הנפש יפו לתוך אחד המרכזים הרפואיים או המרפאות.
- המרכז הרפואי לבריאות הנפש באר שבע לתוך בית החולים העתידי שיוקם בעיר באר שבע.
- בית החולים הירושלמי לבריאות הנפש לתוך אחד מבתי החולים הכלליים.
- המרכז הרפואי לבריאות הנפש אברבנאל לתוך אחד מבתי החולים הכלליים באזור המרכז.
- בתי החולים שבבעלות קופת החולים כללית.

¹ דו"ח הוועדה בנושא מערכת האשפוז במרכזים הרפואיים לבריאות הנפש, בראשות פרופ' יובל מלמד, שפורסם בתאריך 10/11/2022

² כפי שפורסם בספר כנס ים המלח 2024 בנושא 'בריאות הנפש: המגפה שאחרי המגפה', מתאריך 12/09/2024



צעדי מדיניות:

חוק ההתחשבנות למשק הפסיכיאטרי³ - 'חוק הקאפ' - בפברואר 2025 אושר חוק ההתחשבנות למשק הפסיכיאטרי לקריאה שניה ושלישית. החוק הוא חלק מהסדרה כלכלית כוללת של מערכת האשפוז הפסיכיאטרי והשירותים המשלימים שלה. אסדרה של נושאים כמו תעריפי מיון, שינוי שיטת ההתחשבנות, העלאה של מחירי יום אשפוז, אזוריות והגדלת הבחירה למטופל, תמריץ תקציבי לעמידה במדדי איכות, הסדרת כללי ההתחשבנות, קביעת תקצוב קבוע לבתי חולים לשמירה על יציבותם הכלכלית יחד עם הגברת התמריץ לקופות החולים לפיתוח מענים שניוניים ושלישונים, הסדרת תהליכי העברת מידע ותמריצים לאחוזים ושיתופי פעולה של בתי חולים לבריאות הנפש עם מרכזים רפואיים כלליים והגברת האטרקטיביות הכלכלית של מחלקות אשפוז פסיכיאטריות.

אזוריות באשפוז הפסיכיאטרי⁴ - בחוזר בחירת מקום אשפוז בבריאות הנפש משנת 2025 מדובר על זכות המטופל לקבל שירות בתוך זמן ומרחק סביר ממקום מגוריו ועל זכות המטופל לבחור את מקום השירות. החוזר קובע שהמרכזים הרפואיים הכלליים יקבלו מטופלים פעילים באשפוז כפוי וייקחו חלק בלתי נפרד בטיפול במטופלי בריאות הנפש, בהסכמה ובכפייה.

³ קישור לחוק: https://www.nevo.co.il/law_html/law00/234131.htm

⁴ קישור לחוזר: https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk05-2024n/he/files_circulars_mk_mk05-2024.pdf

רקע כללי

מגמה עולמית

שנים רבות ההתייחסות למצבים מנטליים הדורשים אשפוז נעה בין שתי אסכולות מנוגדות, מחד גיסא הזרם הסבור שיש ליצור מסגרות פסיכיאטריות נפרדות מבתי חולים כללים בהם יוכלו להבריא, מסגרות באזורים רחבים ותומכי החלמה אך מרוחקים מהקהילה וליבת הרפואה הרפואית/ גופנית. מנגד הגישה לפיה הפסיכיאטריה היא מקצוע של המוח ולכן צריך להיכנס למערך נוירו פסיכיאטרי עם מבנה ומודל ביו-רפואי מובהק וכמעט ללא התייחסות לחלקים האחרים.

לאורך השנים החלה התקרבות בין שתי האסכולות והתפתחו פתרונות משלבים במקומות שונים בעולם כשהמגמה הכללית היא שילוב מיטות פסיכיאטריות באופן זה או אחר בבתי חולים כללים.

במרבית מדינות העולם שליש עד חצי ממיטות אשפוז בריאות הנפש נמצא בבתי חולים פסיכיאטריים והיתר בבתי חולים כלליים כאשר המגמה היא להגדלת מספר המיטות בבתי החולים הכלליים.

כך למשל **איטליה וניו-זילנד** הן המדינות היחידות בעולם בהן כבר לא קיים אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים. **באיטליה** קיימים פתרונות נפרדים אשר מאפשרים הפרדת מטופלים הזקוקים לאשפוז משפטי משאר אוכלוסיית המאושפזים בבריאות הנפש וכן הוקמו מסגרות בקהילה הנותנות פתרונות לאשפוזים ארוכי טווח אשר לא מתאפשרים בבתי חולים כללים. מסגרות אלה הן מחוץ למסגרות האשפוז הייעודיות בבתי החולים.

בגרמניה מתקיימת מגמה של העברת השירות הפסיכיאטרי למרכזים רפואיים כלליים. מתוך כ-120 מאלף מיטות אשפוז לבריאות הנפש, כ-62% במרכזים רפואיים כללים אם כי ללא איחוד הוליסטי ומלא בין המערכים.

בבריטניה קיים תמהיל של מרכזים פרטיים וציבוריים, כאשר הציבוריים משולבים לעיתים בבתי חולים כלליים ומספקים טיפולים ייחודיים כמו הפרעות התנהגות ותחלואה כפולה כאשר עדין ישנו תמהיל של מיטות אשפוז גם בבתי חולים כללים וגם בבתי חולים פסיכיאטריים עם ניסיון לרבד את האוכלוסיות בהתאם לחומרה וסוג התחלואה.

בהולנד השירות במגמת השתלבות של שירותי בריאות הנפש במרכזים רפואיים כלליים לצד יצירת מרכזים רפואיים ייעודיים לפסיכיאטריה משפטית וכן מוסדות פסיכיאטריים גדולים למטופלים בכפייה משפטית אשר משויכים בחלקם למשרדים נוספים כגון למשרד המשפטים ואלו מתקיימים כישויות נפרדות לחלוטין מבתי החולים הכלליים. יחידות אלה מספקות אשפוז ברמות סיכון שונות וגם מערכת שיקום אמבולטורית לאותם אסירים, והן כוללות טיפול המשלב טיפול פסיכיאטרי, התמקדות בהתמכרות, שיקום ועוד.

בבלגיה קיים מערך משולב באופן חלקי, כאשר כרבע מהמיטות של בריאות הנפש נמצאות בבתי חולים כללים. בלגיה היא המדינה עם מספר המיטות משפטיות הגבוה ביותר ביחס לאוכלוסייה ומיטות אלה מופרדות לגמרי מבתי חולים כללים.



איטליה היא המדינה היחידה בעולם שקידמה רפורמה במסגרתה נסגרו כל בתי חולים הפסיכיאטרים, כולל המיטות המשפטיות. הרפורמה החלה לפני כ-45 שנים בעקבות 'החוק הבזלי':

- מטופלים בהסכמה או בכפייה אזרחית (הוראת אשפוז) מתאשפדים במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כללים, עד ל-14 ימי אשפוז במקסימום.
- בשחרור יש מרכזים קהילתיים להמשך טיפול במרכזים לטיפולם ופסיכותרפיה או במרכזי יום הכוללים טיפול בקבוצות, טיפולים פרטניים ומעקב פסיכיאטרי או ב-communities, בהם אפשר לשהות שלושה חודשים עד שנה, בדגש על מטופלים שלא יכולים להיות בקרב המשפחה, במצב נפשי לא טוב, אובדנות וכ"ו. הטיפול מלא וכוללני, ביחידות קטנות של 12-16 מתמודדים.
- מטופלים שאינם מסוגלים לחזור לאחר שנה לקהילה מועברים לדיור מוגן אשר דומה מאוד למערכת דיור מוגן של מערכת השיקום בישראל, כולל ליווי תעסוקה מוגנת במקרה הצורך. מטופלים "כרוניים" נמצאים במערכות דיור אלו, ללא אשפוז.
- מטופלים משפטים הועברו מבתי חולים משפטים בבתי כלא (החוק עבר ב-2012) ליחידות טיפול בקהילה בשם REMS ברמות בטיחות שונות לצורך טיפול בסמכות משרד הבריאות ומשרד המשפטים. יחידות אלה כוללות היבטי שמירה ומאסר וכן היבטים טיפוליים, כאשר בכל יחידה 10-15 מטופלים. זוהי רפורמה המשמעותית ביותר בהקשר של מטופלים משפטיים אך היא לעולם לא נחקרה או נמדדה. כן עלה, שהחיסרון המרכזי הוא תורי המתנה משמעותיים, כאשר בתקופת ההמתנה המטופלים מחכים בבתייהם או במסגרות אחרות עד שיקלטו. בימים אלו מתקיים תהליך להרחבת המסגרות שעתידה לתת מענה לסוגיה זו.

בארצות הברית חלה מגמה של סגירת בתי חולים פסיכיאטריים, אך עדיין ישנם בתי חולים לבריאות נפש רבים, חלקם פרטיים וגם ציבוריים. ב-2024 האיגוד הפסיכיאטרי האמריקאי הצהיר על צורך באיחוד בריאות הנפש הגופנית והנפשית. יש מספר רב של מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים כללים (בין 50-70%) אך עדיין קיימים היום בתי חולים פסיכיאטרים ציבוריים מופרדים ואף רבים יותר במוסדות פרטיים אשר מופרדים לגמרי ממערכות בריאות כלליות. עם זאת, קיימת מגמת לשילוב מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים כללים עקב המלצת המערכת כאמור.

לציין שבארה"ב לא קיימת סטטיסטיקה אחידה לגבי מספר בתי החולים הפסיכיאטריים/ כלליים וסך מיטות האשפוז לבריאות הנפש. המספרים משתנים ממקור למקור. מהנתונים הקיימים ניתן להסיק שישנם מאות בתי חולים פסיכיאטריים שמחציתם פרטיים והם מופרדים לחלוטין ממערך בתי החולים הכלליים. ישנן אלפי מיטות לבריאות הנפש בבתי החולים הכלליים ומגמה המתאימה להצהרת האיגוד הרפואי האמריקאי (AMA) לקידום איחוד בין בתי חולים פסיכיאטריים וכלליים.

חשוב להדגיש שבמקביל לתהליך זה, בארה"ב מתקיים בעשורים האחרונים תהליך לסגירת מיטות אשפוז פסיכיאטרי ציבוריות, אשר מביא למחסור במיטות ולהפניית מטופלים לטיפול במסגרות של דרי רחוב ובתי כלא.

באוסטרליה יש שני סוגים עיקריים לאשפוז פסיכיאטרי, בתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, ברוב המיטות מתקיים מערך בריאות נפש משולב וכוללני.



המצב הקיים בישראל

נכון לשנת 2024 המשק הפסיכיאטרי בישראל מאופיין לרוב בהפרדה בין בתי חולים כלליים לבין בתי חולים לבריאות הנפש כאשר מתוך 3,482 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי רק 516 (14.8%) נמצאות בבי"ח כלליים. נתון זה מחרף באשפוזים בכפיה, כאשר בבתי החולים הכלליים מתאשפזים כ-7% בלבד. ככלל, בתי החולים הפסיכיאטריים קטנים בהשוואה לבתי החולים הכלליים, מצב התשתיות בהם לא עומד בסטנדרט הרצוי, יש קושי רב בגיוס כוח אדם ושימור הון אנושי וכך גם קושי לספק את רמת השירות הנדרשת למטופלים. חלק מהקשיים נובעים מחסרונות לקוטן של בתי החולים הפסיכיאטריים.

כחלק מהמגמה להעתקת מרכז הכובד לבתי החולים הכלליים בתוכנית המיטות לשנים 2023-2028, הוקצו 245 מיטות נוספות, כאשר כ-80% מהם מוקצים לבי"ח כלליים. לצד קשיי האיוש המשרות של בתי החולים הפסיכיאטריים, תנאי מלונאות ירודים ועומס רב במחלקות, ההפרדה הקיימת בין בתי החולים מייצרת חשש לדחיקת מטופלי בריאות הנפש מליבת מערכת הבריאות ולסטיגמות חברתיות.

שיעור מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים



קיימות תצורות שונות לשילוב בריאות הנפש במערך הרפואה הכללי במדינות רבות בעולם, לא נמצא תקדים לתהליך שילוב כפי שמתוכנן בישראל לשילוב לכדי יישות אחת גם בהיבטי הון אנושי.

במשך עשרות שנים פעלה מערכת האשפוז בישראל תוך הפרדה בין טיפול רפואי כללי לטיפול בתחום בריאות הנפש. מצב זה יצר קושי באינטגרציה של הטיפול בחולים הזקוקים לשני סוגי השירותים, והוביל לכפילויות במשאבים, ולאי-שוויון בין מטופלים במערכות השונות.

השילוב מיועד לגשר על פערים אלו ולבסס תשתית אחודה המשלבת שירותי רפואה כללית ונפשית, בהתבסס על עקרונות מקצועיים, כלכליים ומנהליים. השאיפה היא לבנות מערכת הוליסטית, שבה שירותי הגוף והנפש מהווים חלק מאותו רצף טיפולי, תוך שימוש מיטבי במשאבים הקיימים, התאמה לצרכים האזוריים זאת על מנת להביא לשיפור איכות הטיפול בכל רחבי הארץ. תהליך השילוב דורש שינויים בכלים גולטוריים ותקציביים שונים לשם ביצועו; במסמך זה נמפה את הכלים השונים המשפיעים על השילוב, נמליץ על ביצוע ההתאמות הדרושות בהם וכן על לוחות זמנים לביצוע ההתאמות.

מיזוגי בתי חולים בישראל

לאורך השנים התקיימו מיזוגים בין מרכזים רפואיים שונים בישראל:

שני מרכזים רפואיים כלליים:

בלינסון והשרון שאוחדו למרכז הרפואי רבין בשנת 1996 במטרה לייעל את השירותים הרפואיים ולהגדיל את היכולות של שני המוסדות, כיום בלינסון מתמקד ברפואה מתקדמת ובפרוצדורות מורכבות ובעוד ביה"ח השרון מספק שירותים משלימים ומרכז שירותים לקהילה. בתי החולים הדסה הר הצופים והדסה עין כרם פועלים תחת הנהלה משותפת מאז הקמת הדסה עין כרם בשנת 1961.

שני מרכזים רפואיים לבריאות הנפש:

בתי החולים הפסיכיאטרי באר יעקב ונס ציונה אוחדו בשנת 2009 לכדי מוסד אחד בשם המרכז לבריאות הנפש באר יעקב-נס ציונה. האיחוד בוצע כחלק ממגמה של משרד הבריאות לייעל את מערך בריאות הנפש בישראל ולרכז משאבים.

בית החולים איתנים והמרכז הרפואי כפר שאול אוחדו בשנת 2003 תחת הנהלה אחת. האיחוד נועד לייעל את השירותים הפסיכיאטרים בירושלים ולייצר מערך טיפולי רחב יותר, תוך שמירה על התמחויות ייחודיות לכל מוסד.

מרכז רפואי לבריאות הנפש עם מרכז רפואי כללי, אשר מהווה תקדים לאחודים דומים בעולם:

בית החולים הפסיכיאטרי תל השומר שולב תחת המרכז הרפואי שיבא בשנת 1973 ובשנת 2003 הפך להיות רשמית למרכז לבריאות הנפש שיבא, כחלק מתפיסה מודרנית של שילוב רפואת גוף נפש.

מרבית האחודים שבוצעו בישראל התקיימו בשיטה של ניהול משותף מתוך כוונה שלאורך השנים שיטת הניהול תקדם שילוב מלא על כל המשתמע, בדגש על הניהול הקליני ומיזוג התרבות הארגונית. בפועל ניכר חיבור מיטבי של בריאות הנפש שבמרכז הרפואי שיבא כחלק אינטגרלי מבית החולים, תהליך זה הושלם רק בשנים האחרונות. המחלקות הפסיכיאטריות בשיבא מוטמעות למעשה בתוך בית החולים השיקומי במרכז הרפואי שיבא תל השומר. להנהלת המרכז המשולב הנהלה אחודה אשר פועלת כישות אחת הן מבחינת התקציב והן מבחינת ניהול וכוח אדם. בבית החולים מחלקות פעילות המקבלות מטופלים על פי אזור מגורים בכפייה, המחלקה לפסיכיאטריה לילדים ונוער ממוקמת בבית החולים לילדים. השילוב עם מרכז רפואי כללי אפשר קידום המחקר, החדשנות, קשר בין מחלקות פסיכיאטריות לגופניות ובעיקר טיפול טוב יותר לכלל המטופלים.

מחלקות האשפוז במרכזים הרפואיים הכלליים, למעט שיבא, אינן מאשפזות במצב הקיים היום מטופלים בכפייה חלקן ללא מחלקות ייעודיות ומותאמות לכך. בנוסף, במרכזיים הרפואיים לא קיימים מערכים לטיפול ושיקום המיועדים למטופלים מורכבים כגון תחלואה כפולה (הפרעות נפשיות והתמכרות), מטופלים עם תחלואה נפשית עמידה לטיפול שאינם מתאימים למסגרות בקהילה (עמידים לטיפול/ ממושכים), מטופלים בעלי הפרעות התנהגות קשות ותחלואה אורגנית בנוסף לתחלואה הנפשית (אוטיסטים, דמנציה והפרעות התנהגות ואוכלוסיות מאושפזים מתוקף בית משפט), אוכלוסיות הזקוקות לשיקום מאסיבי טרם קליטתם במסגרת בקהילה.



תועלות המהלך

עם הקמת הוועדה וטרם גיבוש ההמלצות בוצע ניתוח של ההזדמנויות והאתגרים לשילוב הן עבור המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש והן עבור מרכזים רפואיים כלליים, בקרב חברי הוועדה, מנהלי בתי חולים וחברי הנהלות, ציבור המטופלים וציבור המטפלים.





הנחות העבודה

1 שילוב ולא איחוד

שילוב בריאות הנפש במערך הרפואה הכללית ולא איחוד לצורך יעילות כלכלית

2 מינוף בריאות הנפש

התהליך יאפשר למנף את בריאות הנפש, להסדיר תהליכים ומורכבויות קיימים, להגדיר סטנדרט חדש, לפתח שירותים ולעודד חדשנות

3 מצינות קלינית, תפעולית ובכ"א

טיפול רפואי משולב כוללני, בשיטות טיפול חדשניות ומתקדמות, מחקר בשילוב טכנולוגיות מתקדמות, חיזוק האטרקטיביות הארגונית, העצמת ההון האנושי, יעילות והתייעלות בדגש על המערכים התפעוליים והלוגיסטיים.

4 מיתוג מחדש

הפחתת סטיגמה עצמית, חברתית וארגונית וחיזוק האטרקטיביות לטיפול ולמטפל בבריאות הנפש.



מטרה ועקרונות

חזון והגדרה :

שילוב מרכז רפואי לבריאות הנפש במרכז רפואי כללי לכדי ישות אחת מבחינה ניהולית, תקציבית ותפעולית וכן תשתיתית ובהפעלת ההון האנושי.

שילוב המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש במרכזים הרפואיים הכלליים הוא אמצעי למימוש החזון להענקת טיפול רפואי הוליסטי ואינטגרטיבי, נפשי גופני, הפחתת סטיגמה עצמית וחברתית וחוויית שירות טובה ושוויונית למטופל ובני משפחתו.

שילוב המרכזים הוא הזמנות ליצירת פתרונות אשפוזיים חדשניים, הוליסטים, מותאמים ומדויקים תוך שיפור רציפות הטיפול וחוויית המטפל והמטופל.

כל זאת בסביבת עבודה מצוינת, המאפשרת מקסום המקצועיות וחוויית מטפל טובה תוך שימוש בשירותים וטכנולוגיות מתקדמות.

יודגש ששילוב יהיה כולל, לרבות מיקום המרכז הרפואי המאוחד, אולם, ככל שמעבר לקמפוס משותף אינו מתאפשר, בכלל או בשלב הראשון, ישולבו המערכים לאחד בשני קמפוסים נפרדים תוך אינטגרציה מלאה ביניהם וערבוב שימושים, זאת בהתאם למדדים והכללים שהוגדרו על ידי משרד הבריאות לשילוב ומפורטים במסמך זה ובכפוף לאישור משרד הבריאות ולהצגת תכניות לשילוב קליני ותכניות עתידיות לאיחוד מלא.



עקרונות העל

איחוד המרכזים הרפואיים יביא לשיפור איכות השירות הרפואי למטופל*, באופן שיאפשר מענה אינטגרטיבי, נפשי וגופני, תוך שימוש בשירותים וטכנולוגיות מתקדמים, חווית שירות טובה למטופל ובני משפחתו ופיתוח שירותים ייחודיים וחדשניים.

האיחוד יהווה מינוף לשיפור בסטנדרט הגבוה בכל תחום וניצול משאבים אופטימאלי בכל מרכז רפואי באופן שיאפשר למנף ולמקסם את היתרונות והחוזקות של כל אחד מהמערכים, תוך שמירה על תהליכים ושיטות שהתפתחו לאורך השנים במערכי בריאות הנפש.

השירות הפסיכיאטרי ישולב במסגרת מערך הכולל שירותים משיקים באופן שיאפשר טיפול מקצועי ומקיף יותר במטופל הפסיכיאטרי לצד מתן שירותים מקצועיים וזמינים למטופלים במחלקות ביה"ח הכללי (כגון מיון אחוד, פנימית, נירולוגיה, ילדים וכו').

הפחתת סטיגמה אישית וחברתית שתביא להרחבת ההזדמנויות לטיפול באוכלוסיות הנמנעות כיום מצריכת שירותים.

האיחוד יביא לשיפור בסטנדרט ההכשרה, העסקה ורווחת המטפל, ומבלי שתהיה כוונה לפגיעה בהשתכרות ובתנאי העסקה של המטפלים המועסקים. יתרון לגודל בהיבטי כ"א, אטרקטיביות, טיפול, פיתוח ושימור כ"א.

קידום מחקר וחדשנות מתקדמים תוך ניצול משאבים, מאגרי נתונים קיימים ושימוש באמצעים טכנולוגים מתקדמים.

מינוף המהלך להתאמת ושיפור תשתיות וסביבת האשפוז והטיפול בהתאם לצרכים המדויקים של האוכלוסיות השונות.

תהליך האיחוד לא יביא לפגיעה במתן השירותים הקיימים, בהתאם לצורך שהוגדר על המשרד.

חסכון כלכלי אינו מטרת העל של המהלך אלא שיפור השירות והסטנדרט.



- 1.** הוועדה ממליצה שתהליך זה יהיה לאומי, רוחבי ומובנה, אך שיתנהל באופן הדרגתי ומבוקר. תהליך זה יאפשר מחקר, בחינת השגת המטרות וביצוע התאמות נדרשות ככל שיידרש, טרם הרחבתו לכלל המרכזים ברמה הלאומית כפי שפורט בהחלטת הממשלה בנושא.
- 2.** הוועדה ממליצה שתהליך זה יחולק למספר שלבים, כאשר השלב הראשון רוחבי ואחיד לכלל המרכזים הרפואיים ועיקר עיסוקו בהבניית כלים ארגוניים לצורך אחידות, פישוט וקיצור את תקופת חוסר הוודאות הקיימת בשינויים ארגוניים מורכבים מסוג זה.
- 3.** על פי המלצת הוועדה שילוב זה הוא אמצעי למטרה המרכזית של התהליך לשיפור השירות הרפואי למטופל המאושפז בשירותי הרפואה הכלליים והן למטופל המאושפז בבריאות הנפש באופן שיאפשר מקסום יכולות מערכת הבריאות עבור מטופלי בריאות הנפש והמטופלים הגופניים. מענה אינטגרטיבי, נפשי וגופני, תוך שימוש בשירותים וטכנולוגיות מתקדמות חווית שירות טובה ושוויונית למטופל ובני משפחתו ושיפור בסטנדרט תנאי האשפוז.
- 4.** שילוב בתי החולים יעשה תוך שמירה על תחרות ואף עידוד תחרות בין בתי החולים הכלליים לטובת שיפור השירות.
- 5.** מומלצת תקופת הגנה במהלכה לא תתאפשר גריעת משאבי כ"א מבריאות הנפש.
- 6.** שילוב הפסיכיאטריה בבתי החולים הכלליים תוך שימוש ביכולות ובמשאבים של בתי החולים הכלליים אשר שייקחו תחת אחריותם את האשפוז הפסיכיאטרי תוך מקסום יכולותיהם עבור מטופלי בריאות הנפש.



המלצות ועדות המשנה

ועדת משנה בתחום הקליני:

עקרונות :

1. מתן טיפול רפואי משולב, כוללני וחדשני.
2. הפחתת סטיגמה חברתית, עצמית בדגש מטופלים וצוות, גם בבית החולים המשולב.
3. מתן רצף שירותי בריאות נפש מקצועיים, הוליסטים ומדויקים עד השיקום.
4. שמירה על הכלים הייחודיים אשר פותחו במרכזים לבריאות הנפש והוכיחו את עצמם כיתרון בטיפול במאושפזים בעשור האחרון (חוגים, פעילות ספורט, שילוב מערכי שיקום כבר באשפוז עד לשחרור לקהילה, עבודה עם עקרונות דה - אסקלציה וכו').
5. התאמת מרחב טיפול, איזון והחלמה למטופלים השונים באופן מרובד ככל האפשר.
6. מתן טיפול כוללני למשפחה ומערכת התמיכה מתוך תפיסת עולם שהמטופל הוא חלק ממיקרוקוסמוס המושפע ומשפיע על סביבתו .
7. שימור והעצמאות המקצועית הקלינית של בית החולים הפסיכיאטרי מתוך הימנעות מהפיכת בריאות הנפש לחצר האחורית של המרכז המשולב.
8. הרחבת רצף השירות בין בריאות גופנית ונפשית ליצירת ערך טיפולי מקיף ומדויק יותר, שילוב תחומים ומערכים שבהם יש ערך מוסף לשילובם.
9. שיתוף פעולה מחקרי וטכנולוגי וחדשני.

המלצות :

1. ככלל ישנה עדיפות לשילוב בקמפוס אחד.
2. שילוב בקמפוס אחד חשוב שיהיה תחת ניהול מקצועי פסיכיאטרי אחד.
3. מיון מתערב אחוד בבית החולים הכללי:
 - **כולל מתחם ייעודי להמתנה ובדיקת מטופלים המגיעים במצב סוער** למניעת מצבים של חשיפה והגברת הסטיגמה העצמית והמשפחתית (הבנייה נפרדת של מבנה מיון כזה בתהליך חשיבה חדשני המלווה את הנרטיבים השונים של הנכנסים למיון).
 - קליטה וטריאז' משותף להפחתת סטיגמה: הפניית מטופלים להמתנה כללית/ המתנה נפרדת בהתאם למצב המטופלים ודחיפות הפנייה.
 - מתחם בדיקה והתערבות פסיכיאטרית במתחם נפרד המותאם מבחינת המראה והאמצעים לעקרונות ויסות, דה אסקלציה, שיחות פרטיות וביצעו התערבויות פרטניות ומשפחתיות במיון הכולל: מתחם עם אמצעי דה אסקלציה "חדר הלם פסיכיאטרי", חדרי בדיקה וחדרי המתנה פרטים למקרה הצורך.
 - נדרשת התאמה תשתיתית לבטיחות המטופל והצוות, לאור ייחודיות המטופלים סוערים, לרבות אבטחה וחדרים ייעודיים.
 - אפשרות לתנועה דו כיוונית פשוטה וקצרה בין שני מתחמי המיון.
4. רפורמה למאושפזים משפטיים בשים לב לתהליכים המתקיימים בעולם, דוגמת איטליה, באופן שיאפשר הסטה של 30% ממיטות האשפוז. רפורמה זו דורשת התאמה חוקתית ומשפטית. ככל שרפורמה זו לא תתקיים יש ליצור מחלקות נפרדות, מותאמות מבחינה תשתיתית וטיפולית לאוכלוסייה זו.
5. המשך תהליך של הוצאת ממושכים ופתיחת מסגרות בקהילה.
6. מינוף המהלך לשיפור האשפוז ויצירת מחלקות מרובדות, מתמחות, עד 25 מטופלים בהתאם לוועדת מלמד, בתנאי מלונאות מיטיבים עם אפשרות למחלקות בעלי תכנון תקדם מכוונים לאוכלוסיות שונות הומוגניות ככל שאפשר: מחלקות בדגם אשפוז מאזן, מחלקות עם דירות מעבר לעצמאות, מחלקות לפסיכוזא ראשונה, מחלקות לאם תינוק, תחלואה כפולה, טראומה מינית ועוד .
7. שילוב הפסיכיאטריה בעבודה עם מחלקות גופניות משיקות כגון נירולוגיה, נויר פסיכיאטריה, פרקינסון, הפרעות אכילה במחלות נויר דגנרטיביות של דמנציה ושל הגיל המבוגר -פסיכוגריאטריה וגריאטריה בהתאם לגילויים חדשים בתחום פסיכיאטריה-ניורולוגיה וגוף נפש , חשיבות גם בקמפוס השני ככל שישנם שני קמפוסים.

8. פרוגרמה חדשנית ופורצת דרך לפסיכיאטריה גם בעבור בניה לגובה הלוקחת בחשבון את חשיבות המרחב הטבעי להבראת המטופל, עיצוב תומך החלמה ושימור סביבה תומכת שיקום ואשפוז לתקופות ממושכות ולאוכלוסיות בעלות רמת מסוכנות לעצמם ולאחרים כגון גינות טיפוליות ואדריכלות נוף, חצרות, דירה טיפולית, פעילות גופנית, בית קפה שיקומי וכד', בהתאם לחוקי מניעת עישון בבתי חולים כלליים ומחלקות פסיכיאטריות.

9. יצירת מתחמי אשפוז למטופלים פסיכיאטרים הזקוקים לאמצעים גופנים ייחודיים כגון חמצן, בידוד שחפת, בידוד וכ"ו, אפשר ליצור אף מחלקה כזאת בנויה מחללים לצרכים גופנים ונפשיים שונים- לא במקום אשפוזם במחלקות גופניות במקרה הצורך.

10. הדגשת עקרונות החלמה ושיקום המטופל וכן יצירת אפשרויות ליישום עקרונות אלו דגש על פעילות ריפוי בעיסוק, פסיכולוגית שיקומית וועדות סל שיקום בתוך בית החולים הכללי. תוך הכנסת אמצעים חדשניים וטכנולוגים נוספים ליישום עקרונות אלו ושימוש ביתרונות בתי החולים הכלליים.

11. הקמת יחידות לאיזון מיומנות, הכוללת צוותים טיפוליים מבריאות הנפש למתן מענה במצבי אסקלציה עם מאושפדים מתמודדים עם הפרעות נפשיות ברחבי בית החולים הכללי וכן הקמת מערכי הדרכה לצוותי מחלקות "גופניות" באתגרים של בריאות הנפש במחלקותיהם.

12. שירותי יעוץ גופני ייעודי למחלקות פסיכיאטריות הכוללים יועצים בתחומי הרפואה השונים, להנגשת הטיפול הגופני, לרבות פרמקולוגית קלינית עם התמקצעות בבריאות הנפש, רפואת שיניים ואמצעי אבחון והדמיה הקיימים בבית החולים.

13. יצירת מערכי אשפוז חלופים ומשלימים: אשפוז יום, אשפוז בית, אשפוז מרחוק ועוד וכן יצירת רצף טיפול ומערך מרפאות בעלי התמקצעות בתחומי על בבריאות הנפש, חדשני ורב מקצועי (שלישוני).

14. רשומה רפואית משותפת.

15. מחקר משותף, חדשנות וטכנולוגיה בכל רמות המחקר הבסיסי/ קליני כולל גישה להדמיה מחקרית, מחקרים קליניים משותפים בעקבות פעולות קליניות משותפות, ישיבות יחידתיות משותפות שיובילו למחקר וחדשנות, ועדת הלסינקי משותפת, חדרי מחקר ונתונים משותפים, הפרייה הדדית לחשיבה מחוץ לקופסה.

16. בשילוב בשני קמפוסים תהיה לפחות מחלקה אחת בבית החולים הכללי למטופלים בהסכמה/ כפיה, במטרה לערבוב שימושים מלא.

17. מערך מרפאות בעלי התמקצעות בתחומי על בבריאות הנפש, חדשני ורב מקצועי (שלישוני). טיפולי השגרה יופנו כבכל מקצועות הרפואה לטיפול במרפאות קופות החולים בקהילה.



שילוב שאינו גיאוגרפי מציב אתגר משמעותי בעקרונות החזון בעיקר מאתגר את קיום הפחתה בסטיגמה ושילוב הטיפול הגופני והנפשי.

הגדרת תנאי סף לשילוב בקמפוסים נפרדים:

- מיון אחוד ומשותף, תוך בחינת מענה פרטני למטופלים ייחודיים כגון מטופלים בצו אשפוז מבית המשפט שיגיעו ישירות לקמפוס בריאות הנפש.
- שירותי יעוץ גופנים יעודים לבית החולים הפסיכיאטרי כולל גישה להדמיות ובדיקות מתקדמות של בית החולים הכללי.
- קיום מחלקות גופניות משולבות בריאות הנפש בבית החולים הכללי לטובת כלל המטופלים הזקוקים לכך בהסכמה ובכפייה.
- קיום יחסי גומלין, הכשרה ומחקר משותפת של מתמחים ומומחים.
- יצירת רצף טיפול עם התמקצעות (לדוגמא מטופל מחלקה סגורה עובר כאשר משתפר למחלקה הפתוחה בבית החולים הכללי)
- מחלקות משותפות בתחומים הנוירו פסיכיאטריה.
- רשומה משותפת אחת ומידע דיגיטאלי נגיש ומשותף.
- בית חולים משולב תחת שם אחד.



פסיכיאטרית ילדים ונוער

- הוועדה ממליצה שפסיכיאטרית ילדים ונוער תהיה תחת חטיבת/ אגף ילדים ונוער.
- הסיבות לכך מהותיות, מקצועיות ולצורך הפחתת סטיגמה אשר משפרת היענות ותוצאות.
- הוועדה ממליצה על גמישות מסוימת במרכזים משתלבים בהם לא ניתן יהיה לשלב בשלבים ראשונים.

מטופלים משפטיים:

קיימת סוגיה מהותית בהחלטה על שילוב מרכזים רפואיים והיא לא נידונה עדיין ברמה של קובעי מדיניות, האם מטופלים משפטיים צריכים להתאשפז במחלקות ייעודיות בבית החולים הכללי או במחלקות ייעודיות מחוץ לבית החולים. (העולם מנסה להתמודד עם הסוגיה בדרכים שונות-ראה סקירת ספרות). ישנה אפשרות ליצור יחידות משפטיות אזוריות או מסופחות לבית החולים אך מחוץ לו אשר יכללו מערך מותאם מבחינת בטיחות, אפשרויות שיקום ממושך, הכנסת מערך שיקום וקרימינולוגי מתוגבר, ושהות ממושכת, דגש על תחלואה כפולה ועוד. אפשר לפעול לפי אותם עקרונות במחלקות פסיכיאטריות נפרדות בתוך בית החולים הכללי ואז צריך למצוא פתרונות לאתגר המשמעותי לבית החולים כללי.

להפרדת המטופלים בכפייה משפטית יתרונות אך גם חסרונות ושאלות אתיות משמעותיות. האם הטיפול שלהם יהיה שונה למרות שלפעמים מדובר באותם אנשים, אותה תחלואה כמו בכפייה האזרחית? האם צוות מטפל יהיה מוכן לעבוד רק עם מטופלים בכפייה משפטית? האם ההחלטה תהיה אוטומטית או שיהיה שיקול דעת מי יהיה מטופל במחלקות "רגילות", ומי במחלקות של כפייה משפטית? איך מחלקות אלו לא יהפכו בעצמם ל"חצר האחורית של מערכת בריאות הנפש" עם כל הכרוך בכך, הפחתה בהפניית תקציבים וכן החמרה בסטיגמה כלפי מטופלים משפחות וצוות.

החלטה בסוגיה זו קריטית. סוגיה זו דורשת דיון ברמת קביעת מדיניות בשיתוף פעולה עם משרד המשפטים, משרד האוצר, המשרד לביטחון לאומי, ולמעשה סוגיה זו תצבע את אופי השילוב והיקפיו.



ועדת משנה בתחום ההון האנושי

ההון האנושי הוא ליבת העיסוק בבריאות הנפש, המעניק למטופל את כלל מרכיבי הטיפול, לכל אורך האשפוז. שילוב של מרכזים רפואיים לבריאות הנפש במערך האשפוז הכללי מהווה הזדמנות ממשית לטיפול ופיתוח ההון האנושי במערך בריאות הנפש.

בסקירת התנהגות ההון האנושי בפרמטרים שונים, בהשוואה בין מערכי האשפוז לבריאות הנפש במרכזים רפואיים כלליים וייעודיים נמצאו יתרונות רבים להעסקה במרכזים הרפואיים הכלליים. במרכזים רפואיים כלליים גדולים נמצאו שיטות הפעלה מתקדמות יותר לניהול ההון האנושי, בדגש על ניהול הקריירה המקצועית והמחקרית, ההכשרה והפיתוח האישי. בהשוואת היבטי גיוס ושימור כ"א נצפו פערים בין המרכזים הרפואיים השונים וניכר שמרכזים רפואיים כלליים מצליחים יותר למשוך כ"א איכותי ולשמרו, שיעור המשרות הפנויות נמוך יותר בבתי חולים כלליים, יחס מטפל מטופל גבוה יותר בכלליים וכן אחוז מעבר בחינות ההתמחות גבוה יותר מאשר במרכזים רפואיים לבריאות הנפש. לעומת זאת, בסקר שבוצע על ידי חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים נמצא שבמרכזים רפואיים לבריאות הנפש קיימת חווית עובד טובה יותר מחוויית העובד שנמדדה במרכזים רפואיים כלליים, בדגש על חווית הצוות הקליני. נמצא שהלכידות הצוותים במרכזים רפואיים אלה טובה יותר, בין היתר משום שהם בעלי אופי משפחתי וקטנים יותר. כמו כן, נמצא שבמספר מרכזים רפואיים לבריאות הנפש ישנה למידה מקצועית וקלינית רחבה יותר בתחום הפסיכיאטריה.

לאחר שמופו ונותחו הנתונים והמגמות ובוצעו דיונים בצוות ומול גורמים רבים בשטח, להלן מסקנותינו המרכזיות בהיבטי ההון האנושי:

- יש יתרון וערך רב בשילוב הפסיכיאטריה עם בתי חולים כלליים וקיים יתרון ממשי לגודל במרבית עולמות ניהול ההון האנושי. אף על פי כן, המעבר למרכז רפואי גדול עשוי לפגוע בחוויית העובד הקיימת בעיקר בשל אובדן המחבורות והלכידות המאפיינת עבודה ב"ח בינוני-קטן, כמפורט לעיל.
- המהלך בעיקרו נתפס כמהלך חיובי ויש לו תמיכה רבה בקרב גורמים רבים כאשר העיסוק בו הוא ברמה העקרונית. ברמה המעשית קיים חשש רב מאובדן עצמאות ניהולית, במרבית דרגי הניהול, באופן שיפגע בקבלת החלטות עבור מטופלי בריאות הנפש, להם נדרש מענה ייחודי. בנוסף, אובדן הזהות והתערערות התרבות הארגונית וחשש מהפיכה לחצר אחורית בתוך ביה"ח הכללי.



בהתחשב באמור לעיל ובכדי לקדם את התהליך תוך הפחתת אי הוודאות והחשש, גיבש הצוות עוגני פעולה, עקרונות ומתווה ליישום שיאפשרו מענה לסוגיות שעלו.

עקרונות השילוב בתחום ההון האנושי:

- 1.** שילוב בתי החולים לישות אחת, תחת אותו מעסיק, עם כללי העסקה והשתכרות אחידים. עקרון זה יהיה מורכב ליישום בשילוב מרכזים רפואיים ממעסיקים שונים ותידרש בחינה פרטנית.
- 2.** שכר הבסיס לא יפגע ויהיה בהתאם להסכמי השכר, תגמול על עבודה נוספת יהיה בהתאם לתפוקות העובד ולצורך התפעולי.
- 3.** השילוב יבוא לידי ביטוי, בין היתר, במבנה ארגוני אחוד המבטא את החיבור בכלל המערכים ובהנהלת בית החולים, תוך ביטוי למאפיינים הייחודיים הנדרשים לניהול קמפוס בריאות הנפש.
- 4.** התייעלות ושינויים מבניים של מערכים אדמיניסטרטיביים ולוגיסטיים יתקיימו עד כמה שניתן במדורג, בכפוף להתפנות משרות.
- 5.** מומלצת תקופת הגנה, במהלכה לא תתאפשר הסטה או גריעה ממשאבים לניהול ההון האנושי מבריאות הנפש, למעט במקרים חריגים, בהסכמת הצדדים.
- 6.** תהליכים לניהול ההון האנושי ובכלל זאת, מסלולי קידום, רווחה, הכשרה וכו' יאוחדו על פי הסטנדרט הגבוה שבין שני המרכזים הרפואיים, תוך התחשבות ודגש על אופי ההכשרות הפסיכיאטריות הייחודיות.
- 7.** כל שילוב יכלול אסטרטגיה ברורה להגדרת תרבות ארגונית משותפת לשני המרכזים הרפואיים.
- 8.** תהליך השילוב יכלול מנגנונים מובנים לתקשור התהליך לעובדים, לכל אורכו החל מתקשור על התהליך, סטאטוס התקדמותו, וכן נגזרות ומשמעויות בכל אספקט.
- 9.** אין בשילוב כדי לעודד פרישה מוקדמת מהשירות הציבורי וזאת לאור המחסור בכ"א מטפל בעולם בריאות הנפש, יחד עם זאת תינתן מכסה שתאפשר הפרשה במקרים בהם קיימת פגיעה תפקודית ועבור מערכים שאינם טיפוליים.
- 10.** ייקבע סטנדרט תקנון אחיד למערך בריאות הנפש במרכז הרפואי המאוחד, עפ"י הסטנדרט הגבוה הקיים בין שני בתי החולים במערכים דומים או חופפים, מתוך שאיפה להגיע לסטנדרט התקינה שהוגדר בוועדת מלמד.
- 11.** יוגדר תקציב תוספתי לכל שילוב בתחום האנושי לטובת שינוי קריטריון גודל בי"ח, נלוות שכר, תקשור התהליך ואירוע שילוב.

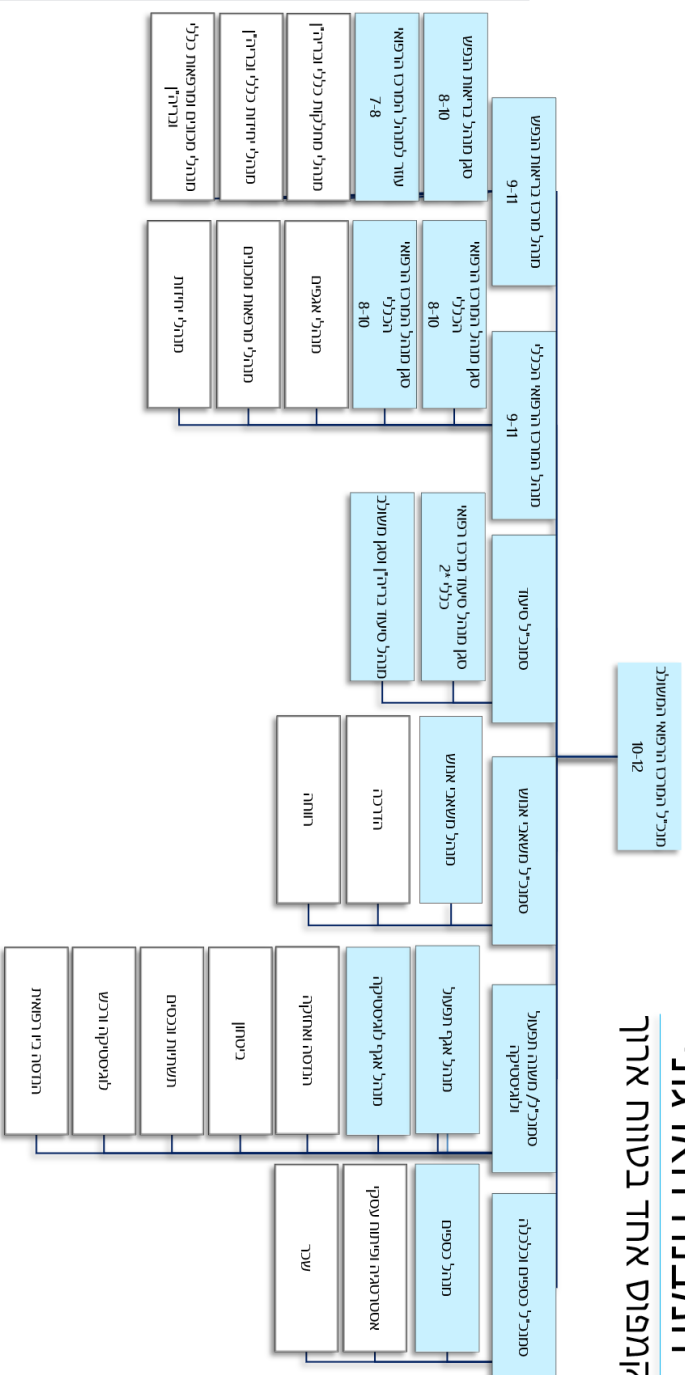


המלצות:

- 1.** שילוב בתי החולים לישות אחת, תחת אותו מעסיק, עם כללי העסקה והשתכרות אחידים.
- 2.** יוגדר מבנה הנהלה אחוד לכלל השילובים, תוך אפשרות להתאמות פרטניות לכל שילוב בנפרד. המבנה הארגוני יבטא את השילוב של כלל המערכים בהנהלת בית החולים תוך ביטוי למאפיינים הייחודיים הנדרשים לניהול קמפוס בריאות הנפש.
- 3.** הוועדה ממליצה לגבש מסגרת הסכמית, בשיתוף ארגוני העובדים, לשילוב בתי החולים, תוך אפשרות להתאמות פרטניות של ההסכם לכל שילוב בנפרד.
- 4.** הוועדה ממליצה על תהליכים מובנים לתקשור התהליך לעובדים ולמטופלים ולמיזוג מובנה של התרבות הארגונית.
- 5.** יוגדר תקציב תוספתי מראש לביצוע הסכם השילוב עבור נלוות שכר, שדרוגים, מכסות פרישה וכו'.
- 6.** הכשרה וחינוך רפואי יאוחדו בין הקמפוסים והמערכים השונים מהיום הראשון לשילוב.
- 7.** איחוד סטנדרט ותהליכי עבודה בכלל התחומים יקבע על פי הסטנדרט הגבוה הקיים בין שני בתי החולים.



המבנה הארגוני קמפוס אחד בעוטח ארוך



* מתחיל הדרכות הם לביט חולים מאוחד בו 1000 מיטות ומעלה, מרכז רפואי לבריאות הנפש בו 301 מיטות ומעלה



תרבות ארגונית

מיזוג התרבויות הארגוניות לכדי תרבות ארגונית אחת משותפת הוא המפתח להשלמת תהליך שילוב המרכזים הרפואיים זה עם זה, להם תרבויות ארגוניות שונות.

בשנים האחרונות חלו תמורות בתרבות הארגונית וביחסי עובד ומעביד. במרכזם הצורך להסתגל למאפיינים הבין דוריים וציפיות העובדים, ניהול בתנאי אי ודאות, קיצור בירוקרטיה ופתרונות העסקה גמישים. מגמות ושינויים אלה מהווים הזדמנות להערכה מחודשת של יעדי העובדים והארגון, סדרי העבודה, שיטות העסקה ומודלים של תגמול, כמו גם הכנת אפיקי הסבה וקידום שיאפשרו מעבריות. מובן שיש לנצל הזדמנות זו ולהתבונן במציאות החדשה במשקפיים מותאמות, ולא רק לתרגם מנהגים ישנים לתבניות שהתרגלנו אליהן בעבר.

אנו ממליצים על **בניית זהות ארגונית משותפת ואסטרטגית הון אנושי ארוכת טווח, אשר תגובש במסגרת תהליך המיזוג תוך התייחסות לאתגרים הקיימים, לשינויים ולמגמות המשתנות בתרבות הארגונית.** להלן המלצותינו להיבטים ומגמות בתרבות הארגונית להם יש לתת דגש ואשר יילקחו בחשבון במסגרת המלצות הוועדה:

- 1.** חיזוק הניהול, אומץ ניהולי, חיזוק יכולות הניהול של דרג ביניים, 'חינוך לניהול'.
- 2.** חיזוק היכולת הארגונית להתמודד במצבים של אי ודאות (VOCA).
- 3.** גיבוש תפיסה ופתרונות ארגוניים להתמודדות עם הפערים הבין דוריים.
- 4.** קידום והטמעת תרבות ארגונית מעודדת גיוון.
- 5.** הסתגלות לעולם העבודה החדש ויצירת פתרונות העסקה גמישים, לרבות עבודה מהבית.
- 6.** הצבת העובד במרכז וגיבוש פתרונות מותאמים ללקוח בהיבטי הכשרה, פיתוח וטיפול.
- 7.** ניהול התקשורת הפנים ארגונית והטמעת פלטפורמות המאפשרות לקיימה באופן זמין ותדיר.
- 8.** חיזוק החוסן, הלכידות והאטרקטיביות הארגונית.
- 9.** הטמעת ערכים ארגוניים: חמלה, כבוד הדדי, מצוינות, יושרה ושקיפות.



ועדת משנה בתחום התשתיות

המודל המועדף בראייה עתידית נגזר משלושת העקרונות שגובשו בוועדת העל לפיהם:

- שילוב המרכזים הרפואיים, יהיה מלא, ככל הניתן בתשתית משותפת שיחולו עליה מנגנונים אחודים.
- השילוב יהווה מינוף לשיפור בסטנדרט של תנאי האשפוז וסביבת המטופל ככל ויתאפשר תקציבית.
- שילוב המרכזים הרפואיים יאפשר ניצול משאבים אופטימאלי תוך שיפור לסטנדרט הגבוה בכל תחום, בכל מרכז רפואי.
- שילוב פיזי מלא בתא שטח אחד יאפשר מינוף התועלות הקליניות, הפחתת הסטיגמה ושיפור השירות כאשר אספקת השירותים התפעוליים והלוגיסטיים נעשית מתוך HUB מרכזי ליצירת יעילות תפעולית וכלכלית.

הוועדה בחנה את הסוגיות השונות הנוגעות לפערים בין המודל הרצוי אליו יש לחתור בטווח ארוך, לבין המצב הקיים.

בוצעה סקירת מצב קיים של התב"עות הקיימות ובכלל זה מגבלות השטח בכל צימוד של קמפוסים. לא בוצעה בדיקת מגבלת ספיקת תשתיות קיימות אל מול הצורך והיכולת להתרחב ולהתאים לדרישות תפעוליות אחודות.

נמצא כי לא נעשתה תוכנית כוללת ארצית ובחלק מהשילובים לא נבדק הפוטנציאל של פינוי פיצוי על מנת לבחון כדאיות התכנסות מרכזים לתא שטח אחוד.

הוועדה ממליצה לבחון שילובים על פי שבעה מרכיבי תשתית:

- מיון.
- אשפוז ואשפוז יום.
- שירותים רפואיים נוספים, מכונים ומרפאות.
- תשתיות הנדסיות.
- תשתיות משקיות לוגיסטיות.
- אדמיניסטרציה וסביבת העובד.
- מרחב ציבורי טיפולי.



המלצות:

1. במרכזים רפואיים האמורים לקלוט את מרכזי בריאות הנפש המתפנים, ייעשה תכנון מרכזי של קמפוס עתידי המאפשר מתן שירות אחוד בהתאם לעקרונות הבאים:

- גיבוש פתרונות ייחודיים וייעודיים התואמים את תפיסת ההפעלה של בריאות הנפש.
- הגדלת תשתיות הנדסיות לוגיסטיות תומכות ו/או יצירת תשתיות חדשות ו/או שיפוץ תשתיות קיימות בהתאם לצורך, לרגולציה ולייעוד.
- יצירת סטנדרט של שטחים ופרוגרמות התומכים במודלים של שבעת מרכיבי התשתית.
- מתן מענה למרחב הטיפולי הציבורי המשותף.
- התאמת תשתיות משותפות לייחודיות של המטופל לבריאות הנפש למניעת סיכונים.
- לאתגר את הפרדיגמה של בניה שטוחה ופיתוח חלופות לבניה לגובה תוך שמירה על סביבה תומכת החלמה על כל המשתמע מכך.

2. במרכזים רפואיים שימשיכו להתקיים בשני אתרים, יתווסף העיקרון הבא:

שחלוף שטחים וייעוד שטחים קיימים במרכזים המשולבים ליצירת אופטימיזציה ואינטגרציה, בעזרת ערבוב שימושים ושירותים בין הקמפוסים השונים באופן שיאפשר העברת שירותי רפואה כלליים לקמפוס בריאות הנפש ולהיפך, לשם טשטוש זהות ייחודית לקמפוס עבור בריאות הנפש.



ועדת משנה בתחום תפעול ולוגיסטיקה

עקרונות:

- איחוד מערכים מנהליים ולוגיסטיים, לצורך יעול העבודה, לחיסכון ולהתייעלות בתשומות.
- מורכבות התהליך וריבוי שחקנים משפיעים, חוץ-ארגוניים ופנים-ארגוניים, מחייבים תכנון מקדים להתמודדות מיטבית עם התנגדויות וחסמים בתהליך.
- יתרון לגודל - צמצום עלויות תפעול, כגון איחוד מערכות ניהול או צמצום צוותים כפולים.
- הגדלת ושיפור השירות – מתן היצע שירותים רחב והוליסטי תומך רצף טיפולי.

המלצות:

התכנסות פיזית אל מרחב אחוד אורכת זמן, לאור הצורך בבינוי והתאמות לקליטת המערך לבריאות הנפש אל תוך המרכז הרפואי הכוללני, ונדרשת התאמה לאיחוד המערכים הלוגיסטיים והתפעוליים. הוועדה ממליצה להגדיר בשלב הביניים קונגלומרט המורכב מהנהלת המרכז הרפואי ושתי מטרות ניהול, האחת לבית החולים הכללי והשנייה לבית החולים לבריאות הנפש.

צמצום מרכיבים תומכים הן מנהליים והן לוגיסטיים, תוך הסתמכות על מערך לוגיסטי תפעולי מרכזי, אחיד (Hub), שייעל את העבודה ויגדיל זמינות באופן שיביא למקסום המשאבים והיתרונות היחסיים של כל אחד מהמערכים.

המערך האחוד יכול את הקמת מערך ניהולי, לוגיסטי תפעולי אחיד, שייעל את העבודה, יגדיל הזמינות ויחסוך עלויות, ובכלל זה התחומים הבאים (ולא רק): רכש, תחבורה, בביסה, מחשוב, הנדסה ובינוי, ביו הנדסה, ומעבדות, מחשוב ומטבח בהתאם לבי"ח ולמגבלותיו.

המלצות פרטניות לאיחוד מערכים:

1. סוגיית המטבח נדונה רבות בוועדה, ולאור עמדת נציג הכללית בוועדה, מהניסיון המצטבר בכללית, אין חיסכון גדול בניהול מטבח מרכזי למוסדות מפוצלים. מוצע לבחון האמור באופן מעמיק בטרם מתקבלת החלטה בעניין. לא מן הנמנע כי נכון שכל בית חולים יישאר עם המטבח שלו. שינוע מזון הוא דבר מורכב ולא תמיד יעיל.

יש להתייחס לייחודיות של סל המזון למטופלים בבית חולים פסיכיאטרי, והתייחסות לנושא הפרעות האכילה.

2. רכש ואפסנאות הוועדה קבעה שנכון לאחד ולמקסם התייעלות ועלויות, אך עם ניפוקים נפרדים ושמירה על שטחי האחסון. יש לקחת בחשבון עלויות הובלה במידה ומדובר על מתחמים מרוחקים.



- 3.** רכש: נדרש למפות את הרכש בחתך תחומי פריטים וספקים. מערך רכש אחד יצמצם את הצורך במערכי רכש מקומיים בחלק של המו"מ, התקשרויות, מכרזים, ויותר מרכיב טקטי בלבד בכל נקודה (יתכן ואף ניתן לאחד עם ניהול המלאי).
- 4.** תחבורה, נכון לאחד למערך אחד עם נהגים לכל מתחם, ואיחוד מכרזי הסעות.
- 5.** הנדסה ביו- רפואית, לרוב המרכזים לבריאות הנפש אין מחלקה שכזו ולכן מדובר על מתן מענה לבריאות הנפש.
- 6.** מעבדות קיימות בקמפוס בריאות הנפש יש לבטל ולהעביר לבית החולים הכללי.
- 7.** משרד קבלת חולים, ניתן לאחד עם הבנה ולמידה של כללי ההתחשבות השונים בבריאות הנפש.
- 8.** רשומות רפואיות ושרות מזכירותי, ניתן לאחד.
- 9.** מחסן לבנים וכביסה, ניתן ונכון לאחד את מנגנון ההתקשרות מול ספקים חיצוניים. בכל מתחם יישאר מחסן לניפוק הכביסה. יש לזכור כי בפסיכיאטריה יש גם כיבוס של בגדים פרטיים במחלקות וגם טיפול בכביסה אישית בהוסטלים לניצולי שואה.
- 10.** חצר גינון, ניתן לאחד בעיקר בשילוב שהינו פיזי. בשילוב בשני קמפוסים יש לבחון כדאיות.
- 11.** בטחון, ניתן לאחר את המערכים, יש להכיר את נושא מאבטחי הסל"א (סייענים למניעת אלימות) הייחודיים לתחום בריאות הנפש, ואת אופי העבודה והתמודדות עם אלימות בבתי במחלקות בבריאות הנפש.
- 12.** נדרש איחוד מלא של מחשוב ומערכות מידע.
- 13.** נכון לאחד את המחלקות הנדסה ומחלקה טכנית, ככל שמדובר בקמפוס מופרד, יש להשאיר מחלקה טכנית בכל אחד מהמתחמים עד שילוב פיזי מלא.

ככל שהמרחק הפיזי בין המרכז הכללי למרכז גדול יותר והואיל והקשב הניהולי / לוגיסטי חייב להיות גם ב"שטח", הן מההיבט הניהולי - פיזי, וכן לצרכי בקרה ומתן מענה זמין והולם ליחידות בית החולים, לעובדים ולציבור המטופלים, מומלץ לבחון היטב את משמעויות וההשפעות של איחוד המערכים הניהוליים - לוגיסטיים.



ועדת משנה בתחום הכלכלי

עקרונות:

על מנת לעמוד בעקרונות השילוב ולטובת הסדרת ההיבט הכלכלי של שילוב בי"ח לבריאות הנפש בבי"ח נקבעו עקרונות נוספים ומספר המלצות.

- 1.** שילוב בתי החולים יעשה תוך שמירה על תחרות, התייעלות כלכלית ושיפור השירות.
- 2.** שילוב בתי החולים יעשה לצד הגדלת ופיתוח מענים חלופיים לאשפוז.
- 3.** השילוב יביא להתייעלות כלכלית מחד ושקט ניהולי מאידך על בסיס עקרון יתרון לגודל וניצול המשאבים והמומחיות של בי"ח הכללי.
- 4.** השילוב יתבצע על בסיס פינוי כלכלי תוך שיפור תנאי האשפוז והעבודה למטופלים ולמטפלים.
- 5.** על מנת שלא לייצר תמריץ שלילי לשילוב, ככלל בי"ח המשולב יהיה זכאי לכלל ההכנסות המשולבות טרם השילוב, זאת לצד תמרוצים שונים.
- 6.** החיסכון הצפוי מהתייעלות הכלכלית ויתרון לגודל מיועדת לשיפור סטנדרט הטיפול.

המלצות:

- קאפ - הוועדה ממליצה על שינוי במקדם/ התחשבות עבור בית חולים מאוחד באופן שיאפשר, לכל הפחות, את סכום בסיסי ההתחשבות כמו טרם השילוב.
- תמחור - מומלץ לקדם תמחור על פי מורכבות ללא תלות במיקום הפיזי, אך בשלב ראשון תעריף יום אשפוז יהיה סכום בסיסי ההתחשבות טרם השילוב.
- מודל תקצוב - הוועדה ממליצה להכלת המיטות הפסיכיאטריות במודל התקצוב תוך ביצוע איזונים בפרמטרים של המודל ובמקורותיו, כך שהסכום הכולל שיוגדל במודל התקצוב למוסד המאוחד ישקף את סכום הסובסידיה הישירה שהועבר למוסד הפסיכיאטרי ערב השילוב.
- בינוי ותשתיות - העתקת ביה"ח תתבצע על בסיס פינוי כלכלי לבינוי בסטנדרט משודרג. במקרים בהם לא יתאפשר שילוב פיזי מיידי יתועדפו פרויקטי בינוי בקמפוס בריאות הנפש.
- איחוד תאגידים ועמותת ידידים לטובת התייעלות וגיוס משאבים מוגבר.
- תכנון מדיניות והתאמת מדיניות קיימת לקמפוסים משולבים כגון תוספת שלישית, תכניות לאומיות וכד'.
- איחוד הדרגתי של יחידות לוגיסטיקה, תפעול ואדמיניסטרציה להתייעלות כלכלית, עד כמה שניתן, תוך יתרון לגודל, בכפוף להתפנות משרות תוך הימנעות מזעזועים.



כלי	עד היום	ביניים - חלק מאוחדים	סופי - משק אחוד
קאפ	מנגנון FFS – עבור שירותי אשפוז	מנגנון הכנסה גלובלית על אשפוז. שרי האוצר והבריאות יקבעו מקדם התחשבנות לבי"ח מאוחד	-
תמחור	תעריף מחיר יו"א מופרד לבי"ח פסיכיאטריים וכלליים	-	יצירת תמחור לפי מורכבות בהתאמה למחלקות השונות, ללא תלות במיקומן הפיסי או בשייכותן המקורית
מודל תקצוב	מתייחס רק למיטות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ללא בי"ח פסיכיאטרי	החרגת מיטות שאוחדו והטעמת הסובסידיות	ביצוע איזונים בפרמטרים של המודל ובמקורותיו בכדי להימנע מהסטת בין בי"ח
סובסידיה	מדינה/כללית	הטמעה במחירים/במודל התקצוב	-

פירוט הטבלה:

תמחור וקאפ טווח ביניים (שילוב חלק מבתי החולים):

- קאפ: במסגרת חקיקת הקאפ הפסיכיאטרי המוצע, מתאפשר לשרי הבריאות והאוצר להכריז על מוסד המשולב ועל שינוי במקדם ההתחשבנות/ בסיס ההתחשבנות של המרכז המשולב, כך שבי"ח המאוחד יקבל לכל הפחות כמו סכום בסיסי ההתחשבנות של כל אחד מבתי החולים טרם השילוב.
- תמחור: ללא שינוי.
- מודל תקצוב: תיבחן האפשרות להחריג חלק מהמיטות המאוחדות מתוך המודל, או להתחשב בהן באופן מופחת, כך שהסכום הכולל שיוגדל במודל התקצוב למוסד המאוחד ישקף את סכום הסובסידיה הישירה שהועבר למוסד הפסיכיאטרי ערב השילוב.
- סובסידיה: במידה ועדיין קיימת סובסידיה למוסד הפסיכיאטרי היא תוטמע במודל התקצוב.

תמחור וקאפ טווח ארוך (כלל המשק משולב):

- תמחור: יצירת תמחור לפי מורכבות בהתאמה למחלקות השונות, ללא תלות במיקומן הפיסי או בשייכותן המקורית.
- מודל תקצוב: הכללת המיטות הפסיכיאטריות במודל התקצוב תוך ביצוע איזונים בפרמטרים של המודל ובמקורותיו בכדי להימנע מהסטת מקורות גדולים מדי בין בתי חולים.
- סובסידיה: ביטול הסובסידיה. מקורות הסובסידיה שלא יוטמעו במנגנון ההתחשבנות בטרם הליכי השילוב, יוטמעו במודל התקצוב.



פיתוח ובינוי

ככלל, הגישה המועדפת היא של שילוב פיסי מלא של בית החולים, והעתקת בית החולים הפסיכיאטרי לתוך שטח בית החולים הכללי, תוך שימוש במשאבי הקרקע של בית החולים הפסיכיאטריים לבינוי בקמפוס החדש בסטנדרט עדכני ומשופר. על מנת לקדם פרויקט זה יש לבחון את ההיתכנות הכלכלית מול רשות מקרקעי ישראל במודלים של פיננסי כלכלי. יחד עם זאת, במצב בו לא יתאפשר שילוב פיסי, משרד הבריאות ומשרד האוצר ביחד עם ב"ח יתעדפו פרויקטי בינוי על מנת לשפר את המצב התשתיתי של ב"ח על פי צורך ובמסגרת מגבלות התקציב.

כמו כן, בעת השילוב ימוזגו מחלקות ושירותים כפולים כדי למנוע כפילות של תשתיות. למשל איחוד פונקציות אדמיניסטרטיביות, מעבדות ושירותים לא-קליניים אחרים. מומלץ כי בכל מרכז יסקרו כל השירותים ויגדרו שירותי ליבה שאמורים להיות בכל קמפוס בנפרד ולעומתם שירותים שניתן להפעיל באחד הקמפוסים בלבד.

תוספת שלישית

הליך השילוב אינו מחייב שינוי בסכומי התוספת השלישית, אלא התאמת מנגנון הרכש של משרד הבריאות מול בית החולים המשולב. מומלץ כי במקביל למנגנון השילוב יבוצע מיפוי של שירותי התוספת השלישית הניתנים על ידי המוסדות, ותיעשה היערכות לעדכון מנגנוני הרכש למכרזים המשולבים.

תאגידים ועמותות ידידים

הצוות ממליץ לשלב את תאגיד ב"ח הפסיכיאטרי בב"ח הכללי איתו משתלב בשלב הכרזה על השילוב.

הצוות ממליץ לבצע לשלב את עמותת הידידים של ב"ח. פעולה זאת יכולה להתבצע ללא תלות בפעילויות אחרות ובאופן מהיר יחסית, בכל אחד מבתי החולים הפסיכיאטריים אל מול בית החולים הכללי המיועד לשילוב.



מבחני תמיכה ותוכניות לאומיות: הצוות ממליץ לבחון כבר מעתה שכל התוכניות הלאומיות ומבחני התמיכה יתייחסו למצב של בית חולים משולב ויתמרצו בהתאם. באופן גורף, בית חולים משולב יתומרץ לכל הפחות כמו בסך סכום התמיכה טרם השילוב.

הסכמי רכש: הוועדה ממליצה שבי"ח הפסיכיאטרי יעביר ככל הניתן חלק מתכולות הרכש, ההתחשבות והשכר אל המרכז הכללי להתייעלות כלכלית ולצמצום פונקציות כפולות תוך דגש על יתרון לגודל.

סטנדרטיזציה של תהליכים: הטמעת תהליכים ופרוטוקולים סטנדרטיים בין המחלקות כדי לשפר את היעילות ולהפחית עלויות. דבר היכול לשפר את איכות הטיפול על ידי הבטחת שיטות עבודה עקביות.

ניצול טכנולוגיה: השקעה בטכנולוגיה כדי לתמוך בפעילות בית החולים המשולב, כגון רשומות בריאות אלקטרוניות ורפואה מרחוק, כדי לשפר את התקשורת ולייעל את הטיפול בחולים.

שיתוף משאבים: שיתוף משאבים, כגון כח אדם, ציוד רפואי ואספקה, בין שני בתי החולים כדי להפחית עלויות ולהימנע מרכישות כפולות.

ניתוח וניטור עלויות: יש לבצע ניתוחי עלויות כדי לזהות תחומים לשיפור ולהבטיח שבית החולים המאוחד פועל ביעילות.

כמו כן מסוכם כי:

- במקרה של פיצול קמפוסים יעוד תקציבי פיתוח בהתאם לתעדוף ובהתאם למגבלות תקציב.
- החיסכון הצפוי מהתייעלות כלכלית מיועד לשיפור סטנדרט הטיפול.
- יצירת תמריצים כלכליים לשילוב (במנגנונים השונים).



שיתוף ציבור המטופלים, בני משפחותיהם ועמותות

הועדה חשבה שמפני שהמאושפדים ומשפחותיהם יושפעו מהמהלך, וכדי לבצע את השילוב באופן שיהיה מיטבי עבור המטופלים ומשפחותיהם, יש לקיים מפגש שיתוף ציבור עם עמותות וארגונים של ארגונים חברתיים העוסקים בבריאות הנפש, של מטופלים ומשפחות. המפגש נועד לעדכן את הארגונים אודות המהלך, להפיג חששות ולהתייעץ לגבי ביצוע השילוב - לקבל דגשים לביצוע המהלך באופן שייטיב עם המטופלים ומשפחותיהם וישפר את השירות הניתן להם ואת חוויית המטופל, מתוך כוונה שהתובנות שיעלו ישמשו את המשרד לשיפור התהליך והמענה שיינתן למאושפדים ומשפחותיהם.

המפגש התקיים ביום א' 19.1.25 בין השעות 10:30-13:30 במשרד הבריאות בירושלים. השתתפו בו 24 נציגים מ-13 ארגונים ביחד עם נציגי בתי החולים ומשרד הבריאות. (מצ"ב בנספח).

רוב המשתתפים ציינו ששילוב בתי החולים הפסיכיאטריים והמרכזים הרפואיים הכלליים יסייע בהפחתת הסטיגמה אצל מי שזקוקים לאשפוז ומשפחותיהם. צוין שיחושו יותר בנוח לפנות לאשפוז בבי"ח "רגיל" מאשר לבי"ח פסיכיאטרי, גם למטופלים עצמם וגם למשפחות שמגיעות ללוות בן/בת משפחה. הסטיגמה לעתים גורמת למשפחות להימנע מביקורים. צוין כי משפחות יחושו יותר בנוח לבוא לבקר במהלך האשפוז. עצם הביקור מסייע בריפוי, ויתרה מזאת – הרגיעה מבתי חולים בקרב בני משפחה של מאושפדים תפחת. הובע חשש מהמוכנות של צוותים לטיפול במגוון מטופלים - סטיגמה בקרב מטפלים בבתי חולים כלליים, שאינם מורגלים בטיפול במתמודדי נפש, ועלולה להיווצר אצלם הטיה. צוין לדוגמה שאנשים עם אבחון פסיכיאטרי שמגיעים למיון רגיל לא מקבלים מענה אלא נשלחים לבריאות הנפש.

יתרון משמעותי שעלה שהשילוב הוא הפוטנציאל לשיפור של בריאות הגוף של מתמודדי נפש, באמצעות בחינה וטיפול בהן יחד עם הטיפול הפסיכיאטרי, בהסתכלות הוליסטית יותר של גוף ונפש, שעשויה לחלחל לבית החולים כולו. לעתים רבות הסימפטומים הגופניים קשורים לנפשיים ולהיפך, וכמו כן לאחר שנים של התמודדות נפשית, עשויות להיות בעיות גופניות רבות. בנוסף, נוכחות זמינה של פסיכיאטריים בבתי"ח כלליים תסייע גם לציבור הרחב של המאושפדים, במקרים בהם יש צורך.

להלן דגשים שהוצע לקחת בחשבון לצורך יישום השילוב באופן שישפר את הטיפול והשירות למאושפדים ולמשפחות, ויפחית את הסטיגמה על אשפוז פסיכיאטרי⁵:

- הנושאים שעלו הינם, השילוב מהווה הזדמנות להפחתת הסטיגמה, יחד עם זאת יש חשש מסטיגמה והיעדר מודעות בקרב צוותים מטפלים.
- חשיבות לגישה הוליסטית גוף-נפש: בשילוב יש הזדמנות להטמעת תפיסה הוליסטית בטיפול, שיפור בריאות הגוף של מתמודדי נפש, ושיפור שיטות הטיפול בבריאות הנפש.

⁵ קישור למסקנות שפורסמו בסיכום המפגש:

<https://impact.health.gov.il/?p=674fee93fc999e00265fbcfa&hash=#/process/674fee93fc999e00265fbcfa>



- מרחק גיאוגרפי וגודל: בתי"ח כלליים נגישים יותר מאשר פסיכיאטריים ובכך, השילוב, בהינתן שיהיה פיזי, מהווה יתרון.
- יש חשש שהשילוב יהיה סינוף ולא יכלול שני קמפוסים קרובים. מאידך, יש גם חשש מהתמצאות במרחב הגדול של ביה"ח כללי.
- הון אנושי ומשאבים: לשילוב יתרונות בצמצום אדמיניסטרציה, הרחבת משאבים ושחרור כ"א מקצועי בבריאות הנפש מתפקידי ניהול לטובת טיפול. יחד עם זאת, יש חשש וצורך לשמור על המשאבים המועטים של בריאות הנפש ואיכות הצוותים.
- הודגשה חשיבות לשמירה על הרצף הטיפולי בין האשפוז לקהילה, שמירה על מוגנות של מטופלים ממסוכנות של אחרים, שקיפות ושיתוף המשפחות במידע ובטיפול.
- להלן דגשים שהוצע לקחת בחשבון לצורך יישום השילוב באופן שישפר את הטיפול והשירות למאושפדים ולמשפחות, ויפחית את הסטיגמה על אשפוז פסיכיאטרי:
- נהלים אחידים בין בתי החולים, ביקורים ולינת מלווה על מנת למקד את הקשב למשפחות ומערכי התמיכה.
- הכשרות צוותים לאבחון וטיפול במתמודדי נפש, להפחתת סטיגמה, לגישה הוליסטית גוף-נפש, להתמודדות עם מטופלים סוערים.
- הודגשה חשיבות הנראות: מבנה מרשים ומתוחזק עם קבלה ומיון בדומה לשאר היחידות בבית החולים. עוד עלתה הצעה לנראות של "בית הבראה" – מקום נעים ומזמין, שכן המקום הפיזי והנראות מסייעים להחלמה וריפוי.
- גיאוגרפית ומרחבית, ביה"ח הפסיכיאטרי והכללי צריכים להיות פיזית באותו מקום, יש צורך בהתמצאות פשוטה, שירותי תרגום וגישה תרבותי.
- התמצאות: הנגשה של ביה"ח הפסיכיאטרי בבי"ח הכללי באמצעות מיקום ברור וקל להגעה, הקלה בהתמצאות באמצעות שילוט והכוונה חכמים, כגון הקלדה של המקום אליו רוצים להגיע והכוונה אליו.
- העדפה למיון פסיכיאטרי שהוא חלק ממיון כללי ולא נפרד ממנו. חשוב להקצות מרחב ייעודי במיון להתמודדות רכה עם מטופלים סוערים.
- מיקום המחלקות הפסיכיאטריות: מיקום תת-המחלקות הפסיכיאטריות בתוך המקבילות להן בבי"ח הכללי - מיון פסיכיאטרי במיון כללי, אשפוז פסיכיאטרי לילדים ונוער במחלקת ילדים בבי"ח כללי (ובמסגרת זו גם הפרעות אכילה) וכו'.
- ביקורי משפחות ולינת מלווה: אפשרות להורים להישאר ללון עם הילדים במחלקות. חיוני לאפשר לינת מלווה כמו במחלקות אחרות, בפרט ילדים, ובהתאם לנהלי ביה"ח הכללי. יש לאפשר ביקורי משפחות של מאושפדים פסיכיאטריים בצורה חופשית.



שיתוף ציבור המטפלים

המפגש התקיים בתאריך 25/11/2024, בין השעות 9:00-15:00 במשרד הבריאות. השתתפו בו 40 נציגי צוותי בתי החולים, מהדיסציפלינות השונות, כולל עמיתים מומחים וחזרי הנהלה.

נציגים ארבעה מרכזים רפואיים כלליים, ומשבעה מרכזים לבריאות הנפש, כולל מרכזים של קופת חולים כללית. נציגי הנהלת משרד הבריאות, חטיבת בתי החולים הממשלתיים ושל הכללית, נציגי מטה משרד הבריאות והאוצר.

במפגש הוצג נושא שילוב המרכזים לבריאות הנפש עם במרכזים הכלליים והיבטיו, נעשתה העמקה באתגרים ובהזדמנויות של השילוב, ניתוח והעמקה של הנושא, וגיבוש תכנית פעולה, כולל הצעה למדידה של המהלך (מצ"ב נספח).

להלן נקודות עיקריות שעלו:

- חשיבות תקשורת הנושא לצוותים לאורך כל הדרך וכבר בזמן המקדים לשילוב
- הסדרת מהלכים, כלים, ופתרונות תומכים רוחביים מבעוד מועד (הסכם אחיד, מבנה ארגוני, מודל תקצוב, תכנית אב, וכו'..)
- חשיבות שיתוף צוות המטפלים בכל שלבי התהליך וגם לאחר חמש שנים לאחר ההכרזה, הצעה ליצירת ועדה מייעצת לצוות היישום של מטפלים מהדיסציפלינות השונות.
- הימנעות מפגיעה בעצמאות התפקודית להענקת טיפול בהתאם לאופי הייחודי של מטופלי בריאות הנפש.
- הימנעות ממיצוב בריאות הנפש כחצר האחורית בבתי החולים הכלליים.
- חשיבות קיומו של תהליך מובנה ומבוקר תוך הימנעות מזעזועים ארגוניים משמעותיים ופגיעה בעובדים.
- חשיבות שמירת מרחב טיפולי תומך החלמה, בהתאם לצרכים ולמאפייני מטופלי ביאות הנפש.



שלבי יישום השילוב





השלב המקדים - גנרי לכלל השילובים

מטרת שלב זה היא הנגשת תנאים מאפשריים רוחביים לכלל השילובים ויצירת אחידות וסטנדרטיזציה לתהליך.

שלב זה ייושם ויותנע לאחר השלמת התפיסה הקלינית של שילוב מרכזים רפואיים לבריאות הנפש במרכזים רפואיים כלליים בישראל.

ארגונית וניהולית

- מינוי מנהלת בראשה יעמוד פרויקטור וצוות המנהלת מתוך משרד הבריאות והאוצר לניהול התהליך מצד הממשלה, להסרת חסמים וליווי התהליך.
- השלמת התנאים הרגולטוריים הנדרשים לצורך שילוב המרכזים הרפואיים, טרם התנעת תהליך השילוב בין כל זוג מרכזים. לרבות - השלמת תהליך הקאפ והסדרה של חטיבת טכנולוגית לרישיון מיטות ב"ח אחד.

הון אנושי

- גיבוש כלל הכלים הניהוליים הנדרשים לצורך השילוב, והגדרה לצד כל אחד מהכללים אם הוא קשיח או גמיש ומתאפשרת לגביו התאמה בהתאם למאפיינים הייחודיים של כל שילוב:
- מסגרת הסכמית שתגובש עם ארגוני העובדים והממונה על השכר באוצר, מבעוד מועד, הכולל עקרונות והסכמות עקרוניות אשר חלות על כלל השילובים.
 - עקרונות למבנה הנהלה אחוד.

תשתיות, לוגיסטיקה ותפעול

- תיעודף תהליכי תכנון ופיתוח לתמיכה בשילוב (ביצוע תב"ע מאוחדת)
- בחינת כדאיות לפינוי כלכלי ומיפוי תשתיתי של קמפוס בריאות הנפש



השלב הראשון - התנעת תהליך השילוב

מרגע ההכרזה על שילוב שני מרכזים רפואיים ועד השילוב בפועל.

קליני:

- קביעת העקרונות והתהליכים הקליניים להפעלה משולבת בבסיס לכלל תהליכי השילוב.

ארגונית וניהולית

- החלטה על שילוב המרכזים וקביעת לוז לאבני הדרך המרכזיים.
- הסכמה בין ההנהלות על המבנה הארגוני - התאמת המבנה הגנרי שסוכם לכל שילוב תתבצע עד חצי שנה טרם מועד השילוב.
- איחוד תאגידים ועמותות ידידים.
- הקמת פלטפורמה למדדי הצלחה, איסוף נתונים + פלטפורמה לסקר עמדות.
- הקמת צוותי יישום לליווי השילוב בתחומים השונים (כספים, לוגיסטיקה, הון אנושי וכו').
- שקיפות תקציבית וכלכלית של המרכז לבריאות הנפש לבי"ח הכללי ובניית תכנית עסקית של בי"ח הכללי לבית החולים המשולב - כהכנה לשלב האיחוד הכלכלי ואיחוד הרישיונות.
- תכנון אופן איחוד מערכות המידע (תיק קליני, פיננסי וכו') לרבות קביעת אבני דרך.
- תכנון שירותים בין קמפוסים לאישור משרד הבריאות.

הון אנושי

- ביצוע התאמות נדרשות בשכר בהתאמה למו"מ.
- ניהול תהליך התאמת המסגרת ההסכמית לשילוב הספציפי, יחד עם ההסתדרות.
- תקשור המהלך לעובדים לרבות מסר שייצא לעובדים מטעם ההנהלות, בדגש על דרג ביניים.
- התאמת עקרונות העל למבנה הארגוני לשילוב הספציפי + קביעת תכנית עבודה רב שנתית לשילוב + קביעת מנגנונים לקליטת עובדים בתקופת הביניים.

תשתיות, לוגיסטיקה ותפעול

- בניית תוכנית עסקית לאיחוד וייעול שירותים לרבות מעבדות, מכבסות, מטבח.
- בניית פרוגרמה לשילוב, מסגרת תקציבית ותיעדוף פרויקטי פיתוח.
- במצב של 2 קמפוסים – בחירת פרויקטים לתעדוף ולעירבוב שימושים.



השלב השני - שלב השילוב בפועל

ארגונית וניהולית

- איחוד בפועל של הנהלות עובדים (לרבות אירוע להכרזה על השילוב).
- איחוד אזוריות באישור הרגולטור.
- כלכלי - איחוד בסיס התחשבנות בקאפ והנהלות מול קופות החולים כגוף אחוד.
- כלכלי - קידום בסיס התחשבנויות לבי"ח משלוב בהתאם לחוק הקאפ.
- כלכלי - תעדוף פרויקטי פיתוח לשילוב והקצאת תקציב.
- מיזוג יחידות הרכש, שכר, התחשבנות, ותפעול של המרכז הכללי ואיחוד יחידות מטה (מכבסות ומעבדות..) על פי גאנט שייקבע.
- איחוד רישיונות.
- איחוד מערכות המידע בפועל.

הון אנושי

- ביום הראשון לשילוב תהיה הנהלה אחודה.
- הסכם השילוב ייושם החל מהיום הראשון.
- יוגדר יום הכרזה חגיגי בהשתתפות העובדים.
- ביצוע סקר עמדות עובדים והשוואה למדידות נוספות בהמשך במטרה לראות עליה בשביעות הרצון.



השלב השלישי - ביסוס השילוב

השנים הראשונות שלאחר השילוב.

ארגונית וניהולית

- איחוד רישיונות מלא לרבות מנגנוני התחשבות ותקצוב, ומעבר להפעלה כלכלית במסגרת ביה"ח הכללי.
- כלכלי - מעבר להפעלה כלכלית במסגרת רגולטורית של בית חולים כללי.
- השלמת איחוד יחידות.
- כלכלי - איחוד ספרי תקציב (לרבות בתקציב המדינה, בנציבות ובחשבונות)
- כלכלי – תקצוב יו"א ע"פ מורכבות.

הון אנושי

- מעבר לשלב הבא, הכולל שילוב מערכים אדמיניסטרטיביים ותפעוליים.
- השלמת מהלכים לאיחוד תהליכים ארגוניים, שיטות עבודה ושגרות ניהול.
- ניטור מדדי הצלחה, ליווי והסרת חסמים.



מדדי הצלחה לשילוב

ניטור ובחינת הצלחת המהלך, בין היתר בעזרת מדדי הצלחה, יחלו מיד לאחר השילוב בפועל וזאת במטרה ללוות ולקיים תהליך מבוקר, יעיל ומוקפד באופן שיאפשר למידה, התייעלות, התאמות והרחבה לבתי חולים נוספים.

הועדה ממליצה על מספר מדדים בכדי לבחון את תהליך השילוב ויישומו, מעבר לסקרי שביעות רצון המתקיימים היום:

- **מספר יחידות משולבות אשר נפתחו בעקבות השילוב** - כגון יחידה נדירה פסיכיאטרית, גריאטריה ופסיכוגריאטריה, יחידות פסיכיאטריות עם טיפול גופני.
- **עמידה בפרוגרמה הכוללת בתוכה עקרונות של עיצוב תומך החלמה ושאר המדדים הנדרשים.**
- **מספר יחידות ייחודיות ומתמחות אשר נבנו בבית החולים הכללי:** מחלקות סגורות בדגם סוטריה, מחלקות תחלואה כפולה, מחלקות לטיפול באם תינוק, מחלקות להפרעות אכילה, מחלקות להפרעות של טראומה וטראומה מורכבת וכו'.

מדדים לבחינת קיום החזון הקליני:

- **הפחתת סטיגמה** - שאלוני סטיגמה לפני המעבר ולאחריו בקרב מטופלים וצוות בבית חולים העובר והקולט ובדיקת התוצאות לפני השילוב, בעת השילוב שנה וחמש שנים לאחר השילוב.
- **זמני תגובה של ייעוץ גופני למחלקות פסיכיאטריות** - רופאים יועצים כלליים למחלקות הפסיכיאטרית.
- **זמני תגובה של ייעוץ פסיכיאטרי למחלקות כלליות.**
- **מספר מפגשי תיאום רב-תחומיים** - מספר מפגשי עבודה תקופתיים בין צוותים כלליים פסיכיאטריים לטיפול במטופלים מורכבים לטיפול הוליסטי משולב.
- **מעורבות במו"פ (מחקר ופיתוח)** - מספר פרויקטים מחקריים משותפים ליחידות פסיכיאטריות ובריאות כללית ומספר מחקרים פסיכיאטרים/טכנולוגיות לפני השילוב וחמש שנים לאחר השילוב.

מדדים לבחינת קיום החזון בתחום ההון האנושי:

- **הכשרת צוותים במרכזים הרפואיים הכלליים** - מספר הצוותים שעברו הכשרות ייעודיות לטיפול במצבים פסיכיאטריים.
- **סקר עמדות עובדים** - ביסוס סקר עמדות מלווה לשילוב שיבוצע בקרב מנהלים במרכז הרפואי המשולב וכלל הצוותים במערך בריאות הנפש. בסקר תהיינה שאלות קבועות והוא יישלח מדי חציון. המדד - שביעות רצון בינונית ומעלה בסקר ראשון ושיפור מדי חציון.
- **שיעור תחלופת עובדים** - בחינת שיעור תחלופת עובדים במרכז המשולב בהשוואה לשיעור תחלופה ממוצע טרם השילוב, ברמת מדרג, מחלקה וסקטור.

- **שיעור משרות פנויות - ירידה של 2% בשיעור משרות פנויות החל מהשנה השנייה למשק 3 שנים, בחלוקה סקטוריאלית, בדגש על רופאים ומקצועות בריאות.**



- **עליה באחוז פתיחת פנקסים להתמחות בפסיכיאטריה - עליה של 3% בפתיחת מספר פנקסים להתמחות בפסיכיאטריה, לאחר שלוש שנים בהשוואה לשנת השילוב.**
- **עליה של 3% בשנה בתפוקות עובדים - עליה של 3% בשיעור התפוקות/ מגעים בממוצע למטפל החל מהשנה השנייה, למשך 3 שנים.**
- **איחוד מערכים לוגיסטיים ואדמיניסטרטיביים - איחוד מלא של 80% מהמערכים הלוגיסטיים והאדמיניסטרטיביים לאחר 4 שנים. איחוד של 100% מהמערכים לאחר 6 שנים.**
- **שיפור ביכולת לקדם עובדים (ניודים פנימיים + מכרזים פנימיים) - עליה של 1% מדי שנה, למשך חמש שנים בניודים פנימיים בין המערכים השונים בבתי החולים המתאחדים.**

מדדי איכות של הטיפול במתמודד המתאשפז במחלקות בריאות הנפש :

- **מספר אשפוזים חוזרים תוך שלושה חודשים.**
- **זמן להעברה מאשפוז כפוי לאשפוז בהסכמה.**
- **מספר מטופלים המבצעים ועדות סל שיקום במהלך האשפוז ועד חודש לאחריו.**
- **מספר אירועי אלימות כלפי צוות ובין מטופלים.**
- **מספר נפגעי אלימות הנזקקים לטיפול בקרב צוות ומטופלים.**
- **מספר משפחות שעברו התערבות במהלך האשפוז.**
- **מספר מפגשים טיפולים למטופל באשפוז (קיים במודל התמרוץ איכות הנוכחי).**
- **מספר הקשירות**



משימות וצעדים להמשך

שילוב כלל המרכזים לבריאות הנפש במרכזים הרפואיים הכלליים, דיוק וטיוב התהליך טרם המשך לאחר ארבעה שילובים

הנשא	יולי-24	מדי-25	אפר-25	מאי-25	יוני-25	יולי-26	אוג-26
רגולציה	מנ"ח חומצה	האגת המלאות חומצה למכ"ל המש"ד. החלטת ממשלה	הגשת דוח חומצה	השלמת השלב המקדים			
				התנעת ועדות הא"י			
				התנעת ועדות הא"י			
				התנעת ועדות הא"י			
צנרת משלמים	יזשלים רבתי				שלב שני - הכרזה על שילוב	שלב שני - הכרזה על שילוב	שלב שני - הכרזה על שילוב
	מזן אחוד						
	מטופלים משפטיים						
	מטופלים ממושיים						
אחרים	רמ"ם - מעלה הכרמל						
	שער מנשה והלל יפה						
	איכילוב ואברבנאל						
	מרחבים ושמיד						
	ביתר התהליך והרחבת למרחבים רפואיים נוספים				התנעת שילוב ראשון	שלב שני - הכרזה על שילוב	שלב שני - הכרזה על שילוב
	מזרז גליל ופזריה						
	באר שבע עם המרכז הורפא פירס						
	החלטה על אחוד ביהודה של כללית						



צעדים להמשך:

מינהלת יישום: הוועדה ממליצה על הקמת מנהלת בראשה יעמוד פרויקטור וצוות המנהלת מתוך משרד הבריאות והאוצר לניהול התהליך מצד הממשלה, להסרת חסמים וליווי התהליך.

מאושפדים משפטיים: המלצה לרפורמה בכל הקשור לאשפוז מאושפדים משפטיים, בשים לב לתהליכים המתקיימים בעולם (דוגמת איטליה) במסגרתו נפתחו יחידות בקהילה לאשפוז וטיפול במטופלים משפטיים או לחילופין, בית חולים מרכזי ייעודי. משמעות המהלך היא הפחתה של כ-30% ממיטות האשפוז שיעברו למרכזים הרפואיים הכלליים. אנו ממליצים על הקמת ועדה שתעסוק ותבחן את הנושא לעומק.

המשך הוצאת הממושכים ויצירת מענים אשפוזיים חליפים למטופלים עמידים, שיקומיים, ממושכים. הוועדה ממליצה על הרחבת התהליך הקיים עד להשלמת הוצאת כלל מטופלים אלה למסגרות המשך שיקומיות.

איחוד מיונים: הוועדה ממליצה על עבודת המשך לקביעת תהליכי עבודה ופרוגרמה למיון אחוד, תוך התחשבות בהפעלה בשני קמפוסים נפרדים בהתאם לתמהיל ואופי המטופלים השונים.

פסיכיאטריה בירושלים ומענה רבתי כולל: הוועדה ממליצה על צוות יישום/ מציאת פתרון לעניין הצרכים הייחודיים בפסיכיאטריה בירושלים, על מגוון המוסדות הרפואיים השונים.